



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

FORMAR PARA CUIDAR

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária

Por Sofia Alexandra Sousa da Mata Brites Militar

LISBOA, Abril de 2012



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE
CATÓLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE
PORTUGUESA

FORMAR PARA CUIDAR

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização
em Enfermagem de Saúde Comunitária

Por Sofia Alexandra Sousa da Mata Brites Militar

Sob orientação da Prof^a Teresa Rasquilho Vidal

LISBOA, Abril de 2012

RESUMO

Este relatório realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com a Especialização em Enfermagem Comunitária, pretende retratar a Unidade Curricular Estágio, que se dividiu em dois módulos, realizados na Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Odivelas.

A dependência dos indivíduos que necessitam de cuidados no domicílio continua a aumentar, devido ao envelhecimento da população. Esta realidade coloca desafios no plano de cuidados a um grupo social cada vez mais numeroso e portador de novas patologias, nomeadamente as doenças crónicas degenerativas e as necessidades relacionadas como fim de vida. As respostas a esta problemática deverão ser especializadas e de articulação entre os sistemas de saúde e social. Assim sendo, implica falar sobre uma categoria profissional tão pouco abordada - os cuidadores de acção directa.

Indo de encontro a uma inquietação da prática e do contexto da equipa, no **módulo I** realizou-se o diagnóstico de necessidades de formação das auxiliares de acção directa (AAD) dos parceiros que prestam cuidados aos utentes da sua área de intervenção. Foram aplicados 50 questionários, o que corresponde à população. Salientam-se os seguintes dados que sustentam a problemática identificada: 50% população frequentou o ensino secundário, 82% refere ter formação na área da prestação de cuidados à pessoa dependente; 40% trabalha entre 5 a 10 anos na área; 42 % trabalha na instituição actual no mesmo período de tempo; 56% tem formação inicial para a prestação de cuidados e a totalidade da população acha que a formação é importante para o seu desempenho profissional. Relativamente às necessidades de formação percebeu-se que ela é transversal a todas as áreas de intervenção.

No **módulo II**, face aos resultados dos dados estatísticos das áreas de intervenção, da análise de conteúdo das perguntas abertas do questionário e da reunião de peritos identificaram-se como prioridades de formação as seguintes: técnicas de relaxamento, prevenção de quedas, primeiros socorros, mobilizações e posicionamentos, higiene e conforto, prevenção de úlceras de pressão, alimentação por sng/peg, comunicação, a morte e o luto, gestão de tempo, gestão de conflitos e esterilização e higienização de equipamentos. Foi realizado o projecto “Formação Continua para Auxiliares de Acção Directa”, com a criação da Equipa de Formação multidisciplinar com profissionais, quer da equipa quer dos parceiros. O projecto tem como objectivo geral desenvolver competências técnicas e relacionais inerentes à função de AAD.

Este percurso contribuiu para um desenvolvimento pessoal e profissional fundamental para a aquisição/desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, fundamentais para a prática especializada na comunidade.

ABSTRACT

The present report in the scope of a Masters Degree in Nursing with specialization in Community Nursing aims to reflect the curricular unit post-graduate training, divided in two distinct modules, carried out in the Continuous Care Team of Odivelas.

The dependence of the individual who need care at home continues to increase due to the aging. This reality poses challenges in the care plan to a social group increasingly numerous and carrying new diseases, including chronic degenerative diseases and needs related to the end of life. The answers to this problem should be specialized and coordination between health and social systems. Thus, involves talking about a professional category so little-addressed - caregivers of direct action.

Going against a caring practice and context of the team, the module I made the diagnosis overtraining needs of auxiliary direct action partners who provide care to the users of its area of intervention. Questionnaires were administered 50, which corresponds to the public. Among those data that support the following issues identified: 50% attended secondary school population, 82% reported having training in the care of the dependent person, 40% work between 5 to 10 years in the area, 42% work in institution existing in the same period, 56% have training to provide care and whole population thinks that training is important for their professional performance. For the training needs it was realized that it cuts across all areas.

In Module II, given the results of the statistical areas, the content analysis of open questions in the questionnaire and the expert meeting were identified as training priorities include: relaxation techniques, fall prevention, first aid, movements and positions, health and comfort, prevention of pressure ulcers, feeding nt/peg, communication, death and mourning, time management, conflict management and sterilization and hygiene equipments. We established the project "Continuous Training Auxiliary Direct Action ", with the creation of a multidisciplinary team with professional training, whether team or partner. The overall project aims to develop skills and techniques inherent in the relational function of ADA.

This route contributed to a personal and professional development essential to the acquisition / development of skills in Community Nursing Specialist Nurse, fundamental to the practice specializes in the community.

“Se podes olhar, vê. Se podes ver, repara.”

Livro dos Conselhos

AGRADECIMENTOS

Às Auxiliares de Acção Directa que colaboraram no estudo, que é delas e para elas.

Aos parceiros da ECCIO por todo o trabalho em equipa e de proximidade.

À Professora Rasquilho Vidal pela orientação luminosa com que me guiou.

À Enfermeira Isabel Fonseca por todos os momentos tão cheios de partilha, mostrando-me que posso ver e reparar.

À Enfermeira Fátima Ferreira e a toda a ECCIO, pela forma como me acolheram.

Às minhas colegas de equipa, em especial à Ana Grosso, por todo o apoio.

À minha mãe, à Zé e à Carla, meus portos de abrigo e estrelas do norte.

SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

ADI- Apoio Domiciliário Integrado

AHBVC- Associação Humanitária dos Bombeiros Voluntários de Caneças

CCI- Cuidados Continuados Integrados

CCPR- Centro Comunitário e Paroquial da Ramada

CM- Câmara Municipal

CPF- Centro Paroquial de Famões

CREP- Casa de Repouso de Enfermagem Portuguesa

CRPIPSA- Comissão de Reformados Pensionistas e Idosos de Póvoa de Santo Adrião

CS – Centro de Saúde

CSPPSA- Centro Social e Paroquial da Póvoa de Santo Adrião

CSO – Centro de Saúde de Odivelas

CURPIC- Comissão Unitária de Reformados Pensionistas e Idosos de Caneças

CURPIO- Comissão Unitária de Reformados Pensionistas e Idosos de Odivelas

ECCIO – Equipa de Cuidados Continuados de Odivelas

FORCCI- Famões Odivelas e Ramada Cuidados Continuados e Integrados

INE – Instituto Nacional Estatística

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

SAD- Serviço de Apoio Domiciliário

WHO - World Health Organization

n.º – número

p. – página

% - percentagem

ÍNDICE

	Página
INTRODUÇÃO	11
PARTE I - DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	13
1. OS CUIDADOS CONTINUADOS E A CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPA	14
1.1 A PROBLEMÁTICA E OS PARCEIROS	16
1.2 CONTEXTO E ENQUADRAMENTO TEÓRICO	19
1.2.1. O Envelhecimento	19
1.2.2. Redes de Suporte e Rede Social	20
1.2.3. Educação para a Saúde e Promoção da Saúde	22
1.2.4. O cuidador de acção directa	23
1.2.5. Parcerias e Intervenção comunitária	26
1.2.6. O contributo das teorias de enfermagem	28
2. AS NECESSIDADES DE FORMAÇÃO DOS PARCEIROS	29
2.1. TIPO DE ESTUDO	29
2.2. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	30
2.3. POPULAÇÃO ALVO	31
2.4. TRATAMENTO E APRESENTAÇÃO DOS DADOS.....	32
3. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS/DESENVOLVIDAS	42
PARTE II - O PROJECTO DE FORMAÇÃO	43
1. PLANEAMENTO DA INTERVENÇÃO	44
2. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS/DESENVOLVIDAS	48
CONCLUSÃO	49

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
ANEXOS	55
ANEXO I – Critérios de admissão na ECCIO	56
ANEXO II – Documentos de autorização para o estudo	61
ANEXO III – Actas das reuniões com os parceiros	65
ANEXO IV – Questionário	69
ANEXO V – Análise de conteúdo das perguntas abertas do questionário	75
ANEXO VI – Gráficos da caracterização laboral da população	79
ANEXO VII – Projecto de formação	82
ANEXO VIII – Folhas do dossier pedagógico	97
ANEXO IX – Documentos da sessão “Técnicas de Relaxamento”	105
ANEXO X – Documentos para a sessão “Prevenção de quedas”	110
ANEXO XI – Apresentação de todo o trabalho desenvolvido	119

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Página
Gráfico n.º 1 - Distribuição dos sujeitos segundo as faixas etárias	32
Gráfico n.º 2 – Distribuição dos sujeitos segundo as habilitações literárias	33
Gráfico n.º 3 – Distribuição dos sujeitos pelo tempo que exercem a profissão	34
Gráfico n.º 4 – Distribuição dos sujeitos pelo tempo que trabalha na instituição	34
Gráfico n.º 5 – Número de respostas por actividade desenvolvida	37
Gráfico n.º 6 – Distribuição dos sujeitos segundo a formação inicial para a função	38

ÍNDICE DE QUADROS

	Página
Quadro n.º 1 – Distribuição dos sujeitos pelas instituições	33
Quadro n.º 2 – Actividades relativas à intervenção Higiene e Conforto	35
Quadro n.º 3 – Actividades relativas à área de intervenção Alimentação	35
Quadro n.º 4 – Actividades relativas à área de intervenção Eliminação	36
Quadro n.º 5 – Actividades relativas à área de intervenção Autonomia	36
Quadro n.º 6 – Actividades relativas à área de intervenção Segurança	36
Quadro n.º 7 – Actividades relativas à área de intervenção Comunicação	37
Quadro n.º 8 – Distribuição dos sujeitos segundo a categoria – a formação influencia o desempenho de trabalho	38
Quadro n.º 9 – Distribuição dos sujeitos segundo a categoria – expectativas relacionadas com a Formação	39
Quadro n.º 10 – Distribuição dos sujeitos segundo a categoria – opinião sobre a frequência de formação	39
Quadro n.º 11 – Distribuição dos sujeitos segundo a categoria – acções de formação frequentadas	39
Quadro n.º 12 – Distribuição dos sujeitos segundo a categoria – áreas de formação a investir	40

INTRODUÇÃO

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública," *fruto do seu conhecimento e experiência clínica, assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efectivos ganhos em saúde*" (Decreto-lei nº35/2011).

A Unidade Curricular Estágio ao qual se reporta este Relatório insere-se no âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Universidade Católica Portuguesa e tem como objectivo relatar e analisar o processo de aquisição/aprofundamento de competências devidamente fundamentadas, no desenvolvimento do Projecto de Estágio, assim como reflectir criticamente todo o percurso constituindo-se como um documento auto-reflexivo, dando prova do desenvolvimento e da maturação das competências profissionais.

A importância atribuída aos Cuidados de Saúde Primários resulta de serem prestados de um modo continuado e de proximidade com e para as populações, constituindo-se como um pilar de segurança e autoconfiança das mesmas.

A dependência dos indivíduos que necessitam de cuidados no domicílio continua a aumentar, devido ao envelhecimento populacional que tende para a duplicação do número de idosos no ano de 2030, enquanto que a população jovem está a diminuir.

Todas as doenças incapacitantes, temporária ou permanentemente, causam grande impacto na vida do utente e família, que têm de enfrentar o desafio dos cuidados no domicílio (JESUS *et al*, 2005).

Esta é uma realidade que observo na minha prática diária, constatando a problemática do cuidado ao utente, percebendo as lacunas existentes no cuidado formal. O Estágio desenvolveu-se na Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Odivelas (ECCIO), no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de Odivelas. Sendo também uma necessidade sentida pela equipa e havendo solicitação por parte dos parceiros, tornou-se pertinente focar as necessidades de formação dos cuidadores formais que prestam cuidados aos utentes abrangidos pela ECCIO.

A Unidade Curricular Estágio desenvolveu-se por dois módulos distintos. No módulo I foi realizado o diagnóstico de necessidades de formação das auxiliares de acção directa (AAD) dos parceiros da ECCIO e no II módulo foi realizado o projecto **Formação Contínua para Auxiliares de Acção Directa**, de acordo com as necessidades e prioridades detectadas no diagnóstico de situação.

O presente relatório apoiou-se no Projecto de Estágio delineado no início da Unidade Curricular Estágio, que serviu de fio condutor para o mesmo, e no Portfólio, que demonstrou ser instrumento de desenvolvimento de capacidade de reflexão pessoal, tal como um conjunto coerente de documentação.

A tutoria do estágio esteve a cargo da Professora Rasquilho Vidal e sob a orientação da Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária Isabel Fonseca.

Para além da presente Introdução, este documento encontra-se dividido em duas partes principais, referentes a cada módulo de estágio, sendo que no primeiro é apresentado o Diagnóstico de Situação, com o respectivo enquadramento teórico, e no segundo é apresentado o projecto de intervenção. Em ambos apresento as competências adquiridas/desenvolvidas. Para finalizar surge a conclusão, como síntese reflexiva do trabalho desenvolvido.

Pretendi com este estágio desenvolver as competências específicas de Enfermeiro Especialista de Enfermagem Comunitária uma vez que estão regulamentadas no Decreto -lei nº 35 de Fevereiro de 2011 e que são: estabelecer com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades, integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde, realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

O presente Relatório não obedece às regras do novo Acordo Ortográfico, por não ser obrigatória a sua aplicação.

PARTE I – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

A Parte I deste Relatório divide-se em três pontos. O primeiro refere-se à caracterização da ECCIO, onde se aborda o enquadramento teórico que sustenta a problemática. No segundo ponto descreve-se a fase metodológica e no terceiro ponto abordam-se as competências adquiridas/desenvolvidas.

O aumento do número de idosos muito idosos coloca desafios no plano de cuidados a um grupo social cada vez mais numeroso e portador de doenças crónicas degenerativas e as necessidades relacionadas com os cuidados em fim de vida. Esta realidade pressupõe respostas que deverão ser especializadas, de qualidade e ter por base a articulação entre os sistemas de saúde e social. Implica pois, falar de uma categoria de execução, tão poucas vezes abordada, que desempenha um papel fundamental no sistema de cuidados aos idosos utilizadores de respostas formais – os cuidadores de acção directa (SOUSA, 2011).

É neste sentido e na realidade da ECCIO, que se desenrola o módulo I do estágio, que teve como objectivo geral: Realizar o diagnóstico de situação relativo às necessidades de formação dos cuidadores formais (Auxiliares de Acção Directa), pertencentes aos parceiros da ECCIO e como objectivos específicos:

- Caracterizar a população alvo sob o ponto de vista demográfico, social e cultural.
- Identificar as necessidades da população alvo.
- Conhecer os recursos utilizados para colmatar as necessidades.

1. OS CUIDADOS CONTINUADOS E A CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPA

Odivelas tem cerca de 130 000 habitantes, dos quais aproximadamente 112 000 utentes estão inscritos no Centro de Saúde. Estima-se que 15% desta população é idosa, e que cerca de 5% da população idosa residente apresenta algum nível de dependência (KALASHE, 2008), o que implica que cerca de 975 pessoas poderiam necessitar de cuidados continuados. Actualmente a equipa presta cuidados a 300 utentes inscritos nos cuidados continuados e integrados, o que representa uma boa resposta às necessidades.

O despacho conjunto n.º407/98 dizia assim:

“As transformações demográficas, sociais e familiares que se vêm operando na sociedade portuguesa determinam novas necessidades para certos grupos da população, nomeadamente as pessoas mais idosas, as pessoas com deficiência e as que tem problemas de Saúde mental. A crescente necessidade da prestação de cuidados continuados a essas pessoas decorre, em particular, quer do envelhecimento da população, quer da alteração dos equilíbrios sociais, designadamente da estrutural familiar e de fenómenos de desertificação. O conhecimento e desenvolvimento tecnológico tem vindo, por sua vez, a revolucionar os conceitos de hospital e de outras respostas de Saúde, de solidariedade e da segurança social.”

A forma mais humanizada de resposta aparece na prestação de cuidados no domicílio e no ambulatório exigindo a integração de redes sociais de apoio que defendam a continuidade dos cuidados necessários que se querem globais. Estes mecanismos envolvem a colaboração e participação de diversos parceiros sociais, sendo o Estado o principal incentivador desta acção conjunta.

Ao abrigo desta lei e aproveitando um trabalho já realizado em parceria na comunidade juntam-se esforços e nasce em 2 de Outubro de 1997 o FORCCI- Famões, Odivelas e Ramada Cuidados Continuados e Integrados.

Os Cuidados Continuados Integrados (CCI), nomeadamente na sua vertente domiciliária, são pois aqueles que são prestados aos indivíduos com dependência, independentemente do tipo da mesma e do critério da idade, assegurando basicamente a continuidade temporal de cuidados, a garantia da máxima qualidade de vida possível, o envolvimento da família na tomada de decisões e o enquadramento das necessidades em intervenção interdisciplinar. (BERGER E MAILLOX POIRIER citado por CABETE, 1999).

Segundo CABETE (1999) os Cuidados Continuados incluem os princípios da continuidade, da abordagem global, da avaliação completa do estado do utente, a sua participação e da família e uma qualidade de cuidados a todos os níveis de intervenção.

Cuidados continuados integrados: são prestados de forma coordenada e articulada, com base na avaliação das múltiplas necessidades (físicas, sociais, espirituais e psicológicas), do indivíduo e família, após a qual a resposta envolve recursos de Saúde e de apoio social no âmbito de uma parceria, sendo o plano de cuidados elaborado e analisado pelas duas instancias em conjunto. Este tipo de cuidados é prestado nos 7 dias da semana.

Em Dezembro de 2000 a prestação dos Cuidados Continuados alargou-se a todas as áreas de influência do Centro de Saúde de Odivelas - Caneças, Póvoa de Santo Adrião, Olival Basto, Ramada e Odivelas, (a freguesia de Famões passou a ser gerida pelo Centro de Saúde da Pontinha), deixando de obedecer a uma lógica de projecto passando a ser uma actividade corrente e prioritária.

Os critérios de admissão na ECCIO são (ANEXO I):

- ter um nível de dependência global (transitória ou crónica) que impeça a deslocação ao centro de Saúde;
- residir na área de influencia do Centro de Saúde de Odivelas;
- existir (preferencialmente) um cuidador principal, disponível para colaborar na prestação de cuidados informais.

Os doentes podem ser referenciados à equipa a partir do médico de família, dos hospitais, das instituições comunitárias de apoio ou através do contacto por familiares ou vizinhos.

Os critérios de prioridade na admissão de doentes são os seguintes:

- doentes dependentes, com situação clínica instável e sintomas descontrolados, já avaliados pelo seu médico de família, cujo controlo dependa essencialmente da deslocação dos profissionais da equipa, em particular os doentes em situação geriátrica e paliativa (oncológica e não oncológica), de grande complexidade clínica;
- doentes em agonia, depois de um período de acompanhamento pela equipa, e que tenham desejo e possibilidade de permanecer no domicílio;
- doentes com feridas de gravidade manifesta, que careçam de tratamento imprescindível no domicílio;
- doentes com necessidade de administração de terapêutica fundamental e imprescindível para a sua recuperação no domicílio (*que não terapêutica analgésica com anti-inflamatórios não esteróides e relaxantes musculares*).

O modelo de prestação de cuidados dos cuidados continuados integrados:

- planifica uma adequada abordagem dos problemas para poder dar uma resposta adequada às necessidades apresentadas pelo utente e família;
- é centrado na pessoa e nas suas necessidades globais;
- tem uma forma personalizada, promovendo a participação do doente e família;
- engloba as necessidades dos familiares e/ ou cuidadores informais;
- promove a autonomia e a reabilitação, sempre que possível com vista a reintegração na comunidade;
- afirma a dignidade da pessoa, baseando-se nos princípios éticos de respeito pela autonomia, da beneficência e da justiça.

Este modelo de prestação de cuidados compreende o doente e família, como uma unidade de cuidados. O plano tenta contemplar as necessidade de ambos, e tem a

preocupação de identificar um cuidador principal, que pode ser familiar, amigo, vizinho ou pessoa significativa, e que é responsável pelo cumprimento do plano de cuidados e pelos contactos com os cuidadores formais.

O doente e família deverão estar no centro do processo, sendo envolvidos na tomada de decisões e no plano a estabelecer.

Uma vez avaliadas as necessidades globais, as respostas a articular podem ser de ordem diversa, pelo que o trabalho em equipa interdisciplinar e a articulação com os diferentes recursos da comunidade, são o vector condutor da prestação dos cuidados. Tendo em conta a complexidade das situações para as quais se pretende encontrar resposta adequada exige que as varias instituições que intervêm directa ou indirectamente na comunidade no domínio da saúde e da qualidade de vida dos utentes articulem entre si (CABETE, 1999).

Assim, a equipa funciona como gestora de caso e como sendo um elemento de suporte e apoio na comunidade.

A equipa oferece dois tipos de resposta ao doente e família, tendo em conta a finalidade dos cuidados:

- Actividades programadas, das 8 às 20 horas: incluem-se as visitas domiciliárias que têm uma periodicidade previamente estabelecida, outras para supervisão dos doentes em auto cuidados, e as visitas de luto.
Com objectivo: prestação dos cuidados planeados, avaliar novas necessidades, monitorizar ou controlar sintomas, reavaliar a terapêutica em curso, e prevenir e antecipar as intercorrências esperadas.
A resposta faz-se por método por responsável e por área geográfica.
- Actividades não programadas, ou intercorrências; durante as 12 horas: dar resposta às intercorrências, podendo processar-se por contacto telefónico e/ ou visita domiciliária não programada.

1.1. A PROBLEMÁTICA E OS PARCEIROS

A enfermagem é o elemento pivot na prestação de cuidados e articula-se com os outros profissionais sempre que às necessidades do doente e família e / ou a complexidade se justifique. Habitualmente é um enfermeiro que ocupa a função de “gestor de caso” -profissional da equipa que está em melhor situação para responder as necessidades identificadas e que se encarrega de monitorizar o seguimento do doente. No entanto, pode ser outro profissional (psicóloga, fisioterapeuta, médica, assistente social) a exercer esta função. Consoante o maior ou menor relevo das necessidades identificadas.

Para dar uma resposta a todas as necessidades do doente e família, e tendo em conta que estas necessidades são globais, a ECCIO necessitou de estabelecer parcerias com outras entidades, com as quais reúne mensalmente para avaliação do apoio prestado (reuniões do Apoio Domiciliário Integrado (ADI). Estas entidades são:

- CURPIO – Centro Unitário de Reformados Pensionistas Idosos de Odivelas: o qual participa com apoio domiciliário na higiene, alimentação, higiene habitacional e tratamentos de roupas.
- Centro Regional de Segurança Social de Lisboa, Serviço sub-região de Loures e Serviço de Odivelas: participando em reuniões mensais com a equipa para discussão de assistência a doentes em apoio integrado.
- Centro Comunitário e Paroquial da Ramada: participando com apoio domiciliário na higiene, alimentação, higiene habitacional e tratamento de roupas.
- Lar Oficial de Odivelas: com apoio domiciliário na higiene, alimentação, higiene habitacional e tratamentos de roupas.
- Unidade Comunitária de Cuidados Psiquiátricos de Odivelas do Hospital Júlio de Matos: com avaliação dos casos do foro psiquiátrico

Segundo o Despacho Normativo nº 62/99, que define as normas reguladoras das condições de implementação, localização, instalação e funcionamento dos estabelecimentos e serviços nas diferentes valências, o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) é definido como *“resposta social que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e ou as actividades da vida diária”*. Segundo RODRIGUEZ (2006), o SAD consiste num programa individual, com carácter preventivo e reabilitador em que se articulam um conjunto de serviços e técnicas de intervenção profissional, prestados no domicílio do indivíduo idoso ou não, com certo grau de dependência, satisfazendo as suas necessidades básicas e gerais, permitindo e facilitando a sua permanência no domicílio. Para atingir os seus objectivos, o Serviço de Apoio Domiciliário pode disponibilizar de um conjunto diversificado de serviços, que respondam às necessidades sentidas pelos indivíduos, como:

- Cuidados de higiene e conforto pessoal;
- Colaboração na prestação de cuidados de saúde sob supervisão de pessoal de saúde qualificado, podendo também proporcionar o acesso a cuidados especiais de saúde;
- Manutenção de arrumos e limpeza da habitação estritamente necessária à natureza do apoio a prestar;
- Confeção de alimentos no domicílio e ou distribuição de refeições, quando associada a outro tipo de serviço do SAD;
- Acompanhamento das refeições;
- Tratamento de roupas, quando associado a outro tipo de serviço do SAD;
- Disponibilização de informação facilitadora do acesso a serviços da comunidade adequados à satisfação de outras necessidades.

O SAD conta com uma equipa de profissionais, técnicos de serviço social, encarregadas e auxiliares de acção directa, que se deslocam aos domicílios e desempenham tarefas, de acordo com o preconizado no plano de actuação definido para determinado utente.

A ECCIO tem ainda parceria com as seguintes entidades:

- Cruz Vermelha portuguesa: disponibilizou um motorista;
- Hospital Pulido Valente: protocolos de actuação com doentes insuficientes respiratórios e articulação das altas.
- Hospital Santa Maria: articulação de altas e internamentos
- Junta de Freguesia de Odivelas e Ramada: comparticipação dos ordenados do motorista da Cruz Vermelha.
- Clínica de Amoreira: disponibilizando espaço para reabilitação física de doentes com fractura do colo de fémur.
- Município de Odivelas, Gabinete de Saúde: participa com o transporte de doentes com fractura de colo de fémur, para realizar fisioterapia.
- Instituto Português de Oncologia de Lisboa.

As parcerias na Comunidade mantêm-se uma prioridade, fortalecendo a relação já existente, fomentando a inserção de novos parceiros.

O protocolo criado com a Cruz Vermelha Portuguesa alargou-se a duas viaturas que prestam auxílio às áreas da Junta de Freguesia da: Ramada; Caneças; Olival Basto; Póvoa de Santo Adrião com os respectivos motoristas socorristas, não tendo protocolo com a Junta de Freguesia de Odivelas, apenas presta auxílio em situações de Urgência como último recurso.

Em Janeiro 2011 foi reformulada a folha de admissão na ECCIO em conjunto com a ECCI Pontinha para o ACES Odivelas, uniformizando o processo individual.

Foi desta articulação com os parceiros e devido ao facto de na prestação directa de cuidados serem observadas várias lacunas na formação dos cuidadores formais, da própria solicitação de formação por parte das parcerias e sendo uma necessidade sentida pela equipa que se tornou pertinente focar os cuidadores formais dos parceiros que prestam cuidados aos utentes abrangidos pela ECCIO.

De acordo com IMPERATORI, o diagnóstico de situação deverá corresponder às necessidades de saúde da população e a conformidade entre o diagnóstico e as necessidades estabelecerá a pertinência do plano, programa ou actividades a incrementar, sendo que não é um processo estanque (IMPERATORI, 1993).

1.2. CONTEXTO E ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.2.1. O Envelhecimento

“O envelhecimento é um «processo vital» que tem vindo a ganhar vitalidade nos últimos anos, ao passo que o conceito de velhice aparece como um «estado definitivo», caracterizado pela ausência de futuro e de capacidade de transformação rumo ao bem-estar” (OSÓRIO, citado por FERNANDES, 2010).

O envelhecimento, como fenómeno biológico, está associado às causas do envelhecimento celular (morte de neurónios; aparecimento de placas senis; redução do peso e volume do cérebro; diminuição da neuroplasticidade) ao aparecimento de perturbações de saúde e à diminuição da capacidade funcional. Este processo é vivido de uma forma variável consoante o contexto social de cada indivíduo (LIMA, 2006).

O envelhecimento tem três componentes:

- O processo de envelhecimento biológico que resulta da vulnerabilidade crescente de uma maior probabilidade de morrer, que se denomina senescência,
- Um envelhecimento social, relativo aos papéis sociais, relacionado com as expectativas da sociedade para este nível etário,
- O envelhecimento psicológico, definido pela auto-regulação do indivíduo, no tomar de decisões e opções, adaptando-se ao processo de senescência e envelhecimento.

O crescimento e o envelhecimento não são fruto apenas de um conjunto de determinantes, mas sim consequência da nossa base filogenética, a nossa hereditariedade, meio físico e social no qual o indivíduo se insere e o efeito do pensamento e da escolha (PAÚL, 1991).

A abordagem do fenómeno do envelhecimento humano e populacional está na base do surgimento de uma nova área de estudos multidisciplinar, a Gerontologia, e estuda as bases biológicas, psicológicas e sociais da velhice e do envelhecimento. A Gerontologia procura explicar os problemas funcionais dos idosos relativamente às incapacidades e dificuldades para levar uma vida independente, o envelhecimento como processo temporal (aspectos biológicos, psicológicos e sociais da senescência) e a idade enquanto padrão de comportamento social) (PAÚL, 2005).

Na Conferência Mundial sobre o Envelhecimento (WHO, 2002) surgiu o conceito de Envelhecimento Activo. Define-se como um processo de optimização de oportunidades para a saúde, participação social, a saúde e a segurança. Implica autonomia, independência nas Actividades de Vida e nas Actividades Instrumentais de Vida, qualidade de vida e expectativa de vida saudável. Esta noção tem de ser observada numa perspectiva de género e de cultura, as características do indivíduo, as variáveis comportamentais, económicas, do meio físico e social, da saúde e serviços sociais (PAÚL, 2005).

A alteração mais importante da evolução demográfica foi o envelhecimento da população a ritmo elevado que se traduziu numa perda da população jovem (dos 0 aos 14 anos) e num aumento da população idosa. Não só devido à existência de uma redução da natalidade e da mortalidade mas também à existência de fortes fluxos migratórios. Da reunião destas condições resultou um envelhecimento da população, por envelhecimento na base (diminuição da população jovem) e por envelhecimento no topo (aumento da população idosa).

De acordo com os dados do INE (Instituto Nacional Estatística) (2005), em Portugal, no penúltimo censo, a proporção de idosos ultrapassou a de jovens pela primeira vez. O censo de 2001 indica superioridade numérica das pessoas idosas em relação aos jovens, bem como assimetrias regionais do envelhecimento.

Portugal é ainda um dos países mais jovens da União Europeia, o quinto menos envelhecido. A nível europeu, a percentagem de população com idade igual ou superior a sessenta e cinco anos era de 15.8%, enquanto, que em Portugal, essa percentagem era de 14.9% (FERNANDES, 2010).

Futuramente, o envelhecimento da população portuguesa irá agravar-se. Reunindo uma ligeira subida da fecundidade, um aumento moderado da esperança de vida e um saldo migratório positivo permite estimar que a população idosa ultrapasse a jovem, no nosso país, até 2015. Em 2020, o peso dos idosos será de 18.1%, enquanto a população jovem diminuirá para 16.1% (MARTINS, citado por FERNANDES, 2010).

1.2.2. Redes de Suporte e Rede Social

Em conformidade com que se passa com indivíduos de outras faixas etárias, a existência de redes de suporte social são uma componente de extrema importância para o bem-estar e saúde física e mental dos idosos. No âmbito destas redes a família aparece como o centro de todo o apoio recebido e prestado, embora o seu carácter “não voluntário” possa embutir efeitos complexos e nem sempre positivos, na qualidade de vida dos idosos.

A rede de suporte social de cada um e principalmente a existência de relações significativas deve corresponder a um investimento afectivo e solidário e concerteza constitui um contributo decisivo quer ao longo da vida, como durante o envelhecimento (PAÚL, 2005).

As redes de apoio ou suporte informal incluem quer estruturas da vida social do indivíduo (pertença a um grupo ou existência de laços familiares), quer funções explícitas, instrumentais ou sócio-afectivas, tais como o apoio emocional, tangível e de pertença.

As redes sociais de apoio revestem-se de importância crucial nos idosos dado que o sentimento de ser amado e valorizado, a pertença a grupos de comunicação e obrigação recíprocas, levam os indivíduos a evitar o isolamento e o anonimato. Importa apresentar propostas que integrem novas relações emergentes entre diferentes gerações e que respeitem as opções pessoais de cada um e que correspondam aos seus projectos de vida (MARTINS, 2005).

O apoio social remete-se a três medidas: a integração social, isto é a frequência de contacto com outros; o apoio recebido, ou seja, a quantidade de ajuda fornecida por elementos da rede; e o apoio percebido (PAÚL, 2005).

Na investigação relativa aos idosos deve-se considerar o efeito das redes sociais na saúde e mortalidade e nos efeitos no próprio bem-estar psicológico e satisfação de vida. Essencialmente para os idosos com incapacidade, a existência de redes sociais de apoio tem um papel fulcral, do ponto de vista instrumental, na sua manutenção na comunidade, abrindo uma vasta área de investigação sobre o cuidado e os cuidadores dos idosos (PAÚL, 2005).

As percepções que os indivíduos têm do apoio social e da sua disponibilidade dependem de várias situações, que dependem das transacções sociais, da sua própria personalidade (capacidade do indivíduo para comunicar as suas necessidades e para pedir auxílio á sua rede social) e de estilos cognitivos. A percepção corresponde na maioria das vezes à realidade, mas mesmo considerando que há situações nas quais existem divergências (quando uma acção é percebida como amável e na realidade não o foi, por exemplo), o que conta realmente para a pessoa é a sua percepção (MARTINS, 2005).

Actualmente, percebe-se que a rede social de apoio parece compensar algumas necessidades básicas dos idosos rurais, embora não sendo suficiente para aumentar a qualidade de vida percebida, em particular em idades mais avançadas. Por sua vez, os idosos urbanos parecem socialmente mais isolados, em particular as mulheres. A existência de redes sociais é sem dúvida um dado crucial para a qualidade de vida dos idosos (PAÚL, 2005).

Em função dos resultados de estudos (Paúl, Fonseca Martin e Amado, 2005), as redes de suporte social não aparecem associadas de forma significativa à satisfação de vida dos idosos, mas sim à qualidade de vida. Estes resultados vêm reforçar os dados de estudos anteriores (Bosworth e Schaie, 1997; Krause, 1997) (PAÚL, 2005).

Os efeitos produzidos pelo apoio social nos indivíduos têm dois efeitos principais, o efeito directo e o efeito amortecedor.

O apoio social terá um efeito directo sobre o bem-estar, promovendo a saúde, independentemente do nível de ansiedade, o que corresponde a que quanto maior for o apoio social, menor será o mal-estar psicológico experimentado pelo indivíduo. O efeito protector ou amortizador do apoio social manifesta-se como moderador de outras forças que também influem sobre o bem-estar (BARRÓN, 1996).

A família está doente quando um dos seus elementos está doente, alterando-se a sua estrutura, as suas capacidades ficam afectadas, bem como a mobilização dos seus recursos.

É necessário compreender a família globalmente, de forma a intervir de forma eficaz, que corresponda ás necessidades efectivas da família como um todo e não de forma parcelar (JESUS, 2005).

Aquando da alta hospitalar, ou numa situação de cada vez maior dependência, o utente poderá ter ou não indicação para cuidados de enfermagem domiciliários prestados pela equipa de enfermagem. Se o utente e o prestador de cuidados informal conseguirem ser autónomos no auto cuidado, após a alta, poderá não ser necessária a intervenção de enfermagem no

domicílio (PHIPPS, citada por JESUS, 2005). Será sempre necessária uma boa articulação dos serviços de saúde e social e uma intervenção multidisciplinar para a continuidade de cuidados.

A criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (DL nº 101/2006, de 6 de Junho) dá resposta, através da oferta integrada de cuidados multidisciplinares, a muitos dos problemas que se levantam aquando da mobilização de recursos para colmatar as necessidades do utente e família (LOURO, 2010). A Rede é constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde e ou apoio social e de cuidados e acções paliativas, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo hospitais, centros de saúde, serviços distritais e locais de segurança social, a rede solidária e as autarquias locais. A Rede de Cuidados Continuados Integrados foi criada dentro de parâmetros que se afiguram capazes de responder às diferentes necessidades e exigências que se colocam ao doente dependente e família. Contudo, por si só, não muda o paradigma da prestação de cuidados. Um paradigma centrado na doença e no seu tratamento modelo biomédico que continua a imperar no nosso sistema de saúde (LOURO, 2010).

1.2.3. - Educação para a Saúde e Promoção da Saúde

Os cuidados têm um carácter universal, mas também multidimensional, adequado às crenças, valores e culturas da população alvo dos mesmos. Qualquer que seja o nível da prestação de cuidados, o enfermeiro terá de identificar os recursos existentes, por forma a responder às necessidades identificadas, para uma continuidade de cuidados, interdisciplinaridade, articulação de cuidados e desenvolvimento de programas que promovam a saúde e o bem estar da comunidade.

A abordagem multidisciplinar ou transdisciplinar tem um objectivo final comum que é o da melhoria da qualidade de vida da população e da comunidade (OE, 2005)

Neste contexto, o Artigo 80º do Código Deontológico dos Enfermeiros, nomeadamente a alínea a), refere-se ao facto de a responsabilidade do enfermeiro para com a comunidade ser na área da *“promoção da saúde e na resposta às necessidades em cuidados de enfermagem”*. Para isso, é necessário que essas necessidades sejam identificadas e conhecidas utilizando-se os instrumentos correctos. De referir ainda a importância da alínea c) *“colaborar com outros profissionais em programas que correspondam às necessidades da comunidade”*. Os profissionais de saúde deverão em equipa alargar o quadro tradicional de abordagem dos problemas de saúde, incluindo nessa abordagem vários factores que podem influenciar a saúde, quer sejam psicológicos, sociais, económicos ou ambientais (OE, 2005)

Apesar de decorridas três décadas desde da publicação da Declaração de Alma Ata (OMS, 1978), e mais de duas décadas da divulgação da Carta de Ottawa (OMS, 1986), estes ainda são documentos de referência na área da Saúde Pública.

A Declaração de Alma – Ata é a carta de intenções resultante da 1ª Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários e enquadrou-se no movimento mundial, sob a responsabilidade e empenho da Organização Mundial de Saúde, no que respeita ao

combate das desigualdades entre os povos e ao alcance da meta da “*Saúde Para Todos no Ano 2000*”. Para este desafio proposto pela Declaração de Alma Ata apelou-se à responsabilidade de governos, organizações supra-nacionais e comunidade internacional de forma a implementarem ou colaborarem na implementação dos Cuidados de Saúde Primários, entendidos como elemento chave na obtenção da “Saúde para Todos” (OMS, 1978)

A importância atribuída aos Cuidados de Saúde Primários resulta de serem prestados de um modo continuado e de proximidade com e para as populações, constituindo-se como um pilar de segurança e autoconfiança das mesmas.

Uma das áreas prioritárias de intervenção dos Cuidados de Saúde Primários é a Educação para a Saúde, entendendo-se como sendo um processo baseado em regras científicas, utilizando oportunidades educacionais programadas, de forma a capacitar os indivíduos para tomarem decisões fundamentais sobre assuntos relacionados com a saúde, agindo isoladamente ou em conjunto (WHO, 1990) .

A Carta de Ottawa é um dos documentos fundadores da promoção da saúde actual. É um conceito que está imbuído de valores tais como a qualidade de vida, a saúde, a solidariedade, a equidade, a democracia, a cidadania, o desenvolvimento, a participação e a parceria, entre outros. Está ainda relacionado com um conjunto de estratégias que envolvem acções do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da acção comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de competências pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersectoriais, implicando uma responsabilização conjunta (OMS, 1986).

O referido documento propõe cinco campos de acção fundamentais e que são a elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis à saúde, o reforço da acção comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação do sistema de saúde (OMS, 1986).

1.2.4. - O Cuidador de Acção Directa

O estudo científico do cuidado e dos cuidadores tem sido um dos mais importantes temas de investigação em gerontologia, justificando-se pelo aumento crescente do número de pessoas idosas e cada vez mais dependentes, portadoras de doenças crónico-degenerativas e demências. Este aumento da população idosa dependente corresponde a uma elevada escassez de cuidadores de acção directa.

O cuidador é entendido como aquele que cuida, que presta apoio e assistência, a um indivíduo em situação de dependência, podendo esta situação ser permanente e irreversível ou transitória (WHO, 2004).

“Cuidar é um acto individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia, mas é igualmente um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda pessoa que temporariamente ou definitivamente tem necessidade de ajuda, para assumir as suas necessidades vitais” (COLLIÉRE, 2003).

Na literatura gerontológica é possível identificar várias definições e tipologias de cuidadores. Distinguem-se os cuidadores formais e os cuidadores informais. Estes últimos, cuidadores informais ou prestadores de cuidados informais – a família, os amigos ou vizinhos – são os que assumem parte ou totalidade dos cuidados de forma não remunerada (SOUSA, 2011).

É possível encontrar a distinção entre cuidador remunerado, cuidador voluntário, cuidador secundário, cuidador leigo, cuidador profissional, cuidador familiar ou primário e cuidador terceiro. Para esta abordagem, que incide sobre o cuidador formal a idosos, será utilizada a classificação de cuidador remunerado, profissional e/ou terceiro. Os cuidadores formais são profissionais contratados, com carácter remuneratório, para a prestação de cuidados no domicílio ou instituição, tendo que haver uma preparação específica para este papel, estando integrados numa actividade profissional, que incluem actividades inerentes ao conteúdo do exercício laboral, de acordo com competências próprias (SOUSA, 2011).

Nas instituições, nos serviços destinados à população idosa, os cuidadores formais cuidam das pessoas segundo as regras estabelecidas e as linhas orientadoras específicas das instituições. Normalmente, os principais objectivos são zelar pelo bem-estar biopsicossocial do idoso, prestando serviços de saúde, cuidados básicos, de educação, de animação, de lazer e sociais.

O cuidador deve identificar as necessidades físicas e psíquicas do idoso e avaliar as potencialidades; o acto de envelhecer, não implica necessariamente, uma cisão com os hábitos de vida nem uma mudança profunda ao nível das necessidades, para prestar o cuidado individualizado e estimulador para que o idoso seja autónomo na realização das suas actividades básicas e instrumentais de vida (PIMENTEL, 2001).

Trata-se de uma categoria de execução que atravessa uma situação de crise, que tem motivado estudos científicos que propõem a tomada de medidas específicas e a actuação sobre um grupo profissional determinante na prestação de cuidados.

Segundo Coogler e Coogler, a qualidade dos cuidados é manifestada pela carência de funcionários na prestação de cuidados nas instituições de apoio a idosos e muitas vezes é assegurada por um quadro maioritariamente constituído por imigrantes, que permanecem nos seus postos de trabalho por períodos não superiores a seis meses e encaram esta actividade como trabalho temporário. Ron e Lowenstein mencionam que estes funcionários têm pouca escolarização, não têm formação específica e têm uma baixa remuneração. Price refere que se trata de uma profissão pouco atractiva, pela imagem negativa da indústria dos cuidados, falta de atenção que os cuidadores dão aos idosos cuidados e à própria natureza dos cuidados (SOUSA, 2011).

A soma de todos estes factores afecta a qualidade do desempenho, já que a desmotivação influi negativamente na prestação de cuidados ao utente e nas relações interpessoais.

Outro factor que constitui este enquadramento é o facto de nos contextos institucionais, os cuidadores de acção directa cuidam (“dão banho, mudam a fralda, alimentam, posicionam,

reposicionam, transportam”) de uma população numerosa e com patologias associadas e grau de dependência elevado (SOUSA, 2011).

A bibliografia sugere-nos que os cuidadores formais imigrantes manifestam diferentes dificuldades como o cansaço, o stress e depressão durante o cuidado às pessoas idosas. O mesmo sucede como cuidador formal não profissional imigrante. Uma das principais consequências da sensação de cansaço prende-se com a dificuldade na própria prestação de cuidados pela falta de formação específica. Outro dos factores que está relacionado com o cansaço é tanto o estado mental e físico e o nível cognitivo da pessoa cuidada, bem como o do próprio cuidador.

Torna-se premente monitorizar o grau de cansaço do cuidador, sendo esta a principal consequência de se ser cuidador (no caso do cuidador formal o síndrome de Burnout e no caso do cuidador informal o Burden) (FERNÁNDEZ-PUEBLA, 2004).

Segundo Stone, estes trabalhadores pouco qualificados são pouco acompanhados na fase de integração, sendo responsáveis pelos cuidados mais directos aos utentes, numa profissão na qual se registam índices elevados de acidentes de trabalho. A instabilidade laboral, as saídas frequentes das instituições, a ausência de motivação, a insatisfação no trabalho, o deficiente desempenho profissional, o distanciamento e desumanização nas relações pessoais e profissionais gera um comprometimento do nível da qualidade dos cuidados prestados à população idosa (SOUSA, 2011).

Rosa e Carlotto também abordam o conceito de Burnout, que afecta de forma particular os cuidadores de acção directa. Referem que acontece a três níveis: exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional. Baldelli refere como factores para o seu aparecimento expectativas profissionais não caracterizadas, situações mal resolvidas no local de trabalho, insuficiente formação para lidar com situações específicas, nomeadamente na área das demências (tendo em conta o aumento do número de utentes com estas patologias), excesso de trabalho, pouco suporte por parte das chefias, conflito de papeis, informação insuficiente para realizar a tarefa e ausência de feedback relativamente ao trabalho executado (SOUSA, 2011).

A literatura consultada permite concluir que o investimento neste grupo profissional não tem constituído uma prioridade para os governantes. O investimento na formação e na valorização desta profissão é uma condição para a qualidade do sistema de cuidados aos idosos. Só assim teremos organizações que prestarão cuidados de excelência para que consigamos dar mais qualidade aos utentes/família. (SOUSA, 2011).

Cabe ao enfermeiro transmitir conhecimentos, informação e ensinar como realizar alguns cuidados que podem ser desempenhados pelo cuidador. Com isto, minimizar-se-á o risco de Burnout no cuidador e o utente será cuidado com mais qualidade (FERNÁNDEZ-PUEBLA, 2004).

Segundo a legislação (Contrato Colectivo de Trabalho para as IPPS e Misericórdias, 2007), o conteúdo funcional desta profissão pressupõe: a limpeza e arrumação das instalações, a prestação de cuidados de higiene e conforto aos utentes, o transporte de

alimentos e outros itens, o serviço de refeição em refeitório, o transporte de cadáveres, o tratamento de roupas, a condução de veículos da instituição, a medicação previamente prescrita ao utente, acompanhamento de idosos em deslocações e outras tarefas não especificadas. Determina ainda a idade mínima de 18 anos e a escolaridade mínima obrigatória para o ingresso na profissão. A progressão na carreira prevê a frequência, com aproveitamento de um mínimo de 700 horas de formação profissional específica. Não existem condições criadas nas instituições para que o cuidador formal frequente essa formação, para que possa progredir na carreira dessa forma. O legislador prevendo essa situação, considera que no caso de não ser possível às instituições procederem à formação referida, os trabalhadores passam à categoria de principal, independentemente do número de horas efectivos de formação específica.

SOUSA refere que *“a formação em ordem à profissionalização e ao reconhecimento desta categoria profissional encontra-se ainda condicionada por factores comuns a outras áreas”* como são a escassez ou ausência de oferta formativa direccionada, escassez ou inexistência de quadro técnico nas instituições que dê respostas formativas, número reduzido de funcionários para o volume de trabalho, pouca motivação dos funcionários para formação pós-laboral, órgãos de gestão com pouca sensibilidade para a importância da formação e falta de formadores com preparação técnico pedagógica na área (SOUSA, 2011, p.66).

1.2.5. – Parcerias e Intervenção Comunitária

Para a prossecução dos seus objectivos a ECCIO trabalha com e para os parceiros. Segundo STANHOPE (1999), parceiro ou relação de parceria é uma relação entre indivíduos, grupos ou organizações em que as partes trabalham em conjunto para atingir uma meta comum. É também visto como sinónimo de aliança, em que as partes estão focadas, em conjunto, e envolvidas em todas as fases do processo, como a implementação de um programa específico. As parcerias geralmente envolvem partilha de poder. A mesma autora ainda aborda o conceito de participação comunitária, em que existe o envolvimento dos membros de uma comunidade para quem os programas estão a ser desenvolvidos logo nas fases iniciais quer do seu planeamento, implementação e avaliação.

As instituições que prestam cuidados directos em regime de apoio domiciliário à população abrangida pela ECCIO são: CURPIO, Centro Unitário de Reformados e Pensionistas de Caneças (CURPIC), Comissão de Reformados Pensionistas e Idosos da Póvoa de Santo Adrião (CRPIPSA), Centro Social e Paroquial da Póvoa de Santo Adrião (CSPPSA), Centro Comunitário e Paroquial da Ramada (CCPR), Centro Paroquial de Famões (CPF), Casa de Repouso da Enfermagem Portuguesa (CREP) e o Lar Oficial de Odivelas.

O **CURPIO** abrange a freguesia de Odivelas até à Rua Guilherme Gomes Fernandes. Apoia 70 utentes no seu domicílio, das 9h30 às 17h nos dias de semana e das 8h30 às 14h aos fins-de-semana e feriados. O **CURPIC** abrange a freguesia de Caneças e presta apoio domiciliário a 27 utentes durante a semana das 9h às 17h. O **CRPIPSA** funciona aos dias de

semana das 8h30 às 16h30 e com horário alargado até às 17h30 (com uma auxiliar de acção directa (AAD) por dia). Por uma questão histórica, para além da Póvoa de Santo Adrião, abrange ainda o Olival Basto. Estes três parceiros têm ainda a valência de apoio domiciliário.

O **CSPPSA** presta apoio domiciliário a 50 utentes no qual as AAD têm os seguintes horários durante a semana: 8h30 às 16h, 8h30 às 13h e 16h às 18h30 (horário rotativo). Aos fins-de-semana funciona das 8h30 às 13h e abrange a Póvoa Santo Adrião e Olival Basto. O **CCPR** abrange a freguesia da Ramada, apoiando um total de 51 utentes. O horário das AAD distribui-se da seguinte forma: SAD - 8h30 às 15h30 e ADI - 8h30 às 12h30 e 16h30 às 19h durante a semana; e das 8h30 às 12h30 aos fins-de-semana e feriados. Estes dois parceiros ainda têm centro de dia e creche.

O **CPF** tem a valência de apoio domiciliário abrangendo as áreas de Famões e Arroja e ao fim de semana acumula a Pontinha. As AAD estão divididas por três equipas com horários distintos: 2 equipas – 8h às 16h (5 dias); 1 equipa – 9h às 19h30 (7 dias). Do seu universo de utentes, 35 são apoiados durante a semana e 13 são apoiados também aos fins-de-semana.

Quer a **CREP**, quer o **Lar de Odivelas** são instituições com unidades residenciais, com utentes institucionalizados. Contudo, prestam apoio domiciliário. A primeira nas freguesias de Caneças e Odivelas e a segunda na freguesia de Odivelas, todos os dias da semana.

Na carta de Ottawa, o conceito de empoderamento comunitário está patente quando é realçado que no centro da acção comunitária se encontra o reforço do poder (empowerment) das comunidades, para que assumam o controlo dos seus próprios esforços e destinos (OMS, 1986). Esta definição vai de encontro à mencionada por PERKINS E ZIMMERMAN quando analisam os estudos de outros autores sobre empoderamento salientando que este é "*um processo pelo qual as pessoas ganham controlo sobre as suas vidas, a participação democrática na vida da sua comunidade, e uma compreensão verdadeira do seu ambiente*" (1995, p. 570). São aqui referidos os três diferentes níveis incluídos no empoderamento comunitário: o empoderamento das pessoas (psicológico), o empoderamento organizativo e grandes transformações sociais e políticas (LAVERACK, 2008).

É a acção colectiva destes três níveis que contribuem para a melhoria da qualidade de vida da comunidade e das ligações entre as suas organizações PERKINS E ZIMMERMAN (1995, p.571). Esta acção colectiva pressupõe a participação dos cidadãos e das organizações locais na identificação das necessidades da comunidade, no desenvolvimento e implementação de estratégias que colmatem essas necessidades.

A esta acção colectiva está vinculado o conceito de intervenção comunitária onde predomina "*o enfoque dado à criação de recursos comunitários, em ligação com as acções concretizadas pela própria comunidade, com maior ou menor índice de apoio externo, partindo-se assim, do pressuposto que as comunidades possuem os recursos potenciais para gerarem a dinâmica do desenvolvimento*" ORNELAS (2008, p.243). Como áreas prioritárias para a intervenção comunitária, ORNELAS aponta: o envolvimento e a participação da comunidade e parceiros na resolução dos próprios problemas; o empoderamento comunitário deve ser a base da intervenção comunitária para que a comunidade assuma o controlo das soluções para os

seus problemas; a investigação participada como garante de simbiose entre a metodologia, valores e objectivos a implementar (1997).

1.2.6. – O Contributo das Teorias de Enfermagem

Conforme refere STANHOPE, os cuidados domiciliários envolvem actividades directas e indirectas. Ao assumir estas actividades o enfermeiro de cuidados domiciliários assume uma variedade de papéis. O cuidado directo relaciona-se com o aspecto físico do cuidar em enfermagem, tudo o que exija contacto físico e interacção face a face. “ *O cuidado directo envolve também o ensino a quem presta cuidados aos clientes e às famílias ou sobre o modo como executar um determinado procedimento* “ ou actividade (2003. p.881). Quando o utente não tem contacto pessoal com o enfermeiro ocorre o cuidado indirecto. Este tipo de cuidado acontece quando o enfermeiro serve de consultor a outros profissionais.

A mesma autora refere ainda que a “ *supervisão das ajudas ao domicílio é uma função directa e indirecta porque o enfermeiro de cuidados de saúde no domicílio pode nem sempre observar a ajuda domiciliária mas pode avaliar os cuidados prestados no domicílio*”(STANHOPE, 2003, p.881).

O enfermeiro assume assim um importante papel na comunidade, não só clínico, mas também educador, investigador, gestor e consultor. Neste sentido, formalmente pode dar aulas a grupos da comunidade acerca de temas de saúde.

De referir a importância do Modelo da Promoção da Saúde de Pender. Esta autora descreve o contributo dos enfermeiros na educação para a saúde com base na relação cliente-consultor, considerando o reconhecimento dos direitos do cliente à auto-determinação e das capacidades do próprio para a poder assumir.

Pender afirma que, existem condicionantes bio-psico-sociais que influenciam os comportamentos individuais de cada pessoa no sentido da melhoria da saúde. Parte das influências positivas que aumentam a probabilidade de compromisso para com um comportamento promotor da saúde são a família e os pares, pois estes modelam o comportamento, esperam que o comportamento ocorra e ajudam e apoiam para que o mesmo ocorra. (SAKRAIDA, 2004).

Neste sentido, e contextualizando, o enfermeiro terá a função de consultor junto das AAD.

2. AS NECESSIDADES DE FORMAÇÃO DOS PARCEIROS

A intervenção para e com os parceiros iniciou-se com as seguintes actividades:

- realização de uma reunião com a Enfermeira Vogal e com a Enfermeira Orientadora, para que o projecto fosse de encontro ao plano de acção da ECCIO. Devido ao facto de na prestação directa de cuidados serem observadas várias lacunas na formação dos cuidadores formais, a própria solicitação de formação por parte das parcerias e sendo uma necessidade sentida pela equipa tornou-se pertinente focar os cuidadores formais dos parceiros que prestam cuidados aos utentes abrangidos pela ECCIO;

“O diagnóstico científico deverá ser confrontado ou compatibilizado com as necessidades sentidas pela população ainda por mais duas razões: a primeira, complementar os dados disponíveis; a segunda, aumentar a receptividade às medidas que se venham a propor” IMPERATORI (1993, p.46).

- realização de uma reunião com a Enfermeira chefe e Enfermeira Orientadora para caracterização da ECCIO;
- realização do pedido para realização do estudo à Direcção do ACES Odivelas e obtenção da respectiva autorização (ANEXO II);
- integração na ECCIO e estabelecimento de dinâmicas de trabalho com os elementos da equipa;
- realização de várias reuniões com os responsáveis dos parceiros CURPIO, CURPIC, CRPIPSA, CSPPSA, CCPR, CPF, CREP e o Lar Oficial de Odivelas, com os objectivos de apresentar o projecto, incentivar à adesão ao estudo, caracterizar as instituições, realizar o levantamento dos recursos disponíveis, conhecer as equipas de AAD e auscultar relativamente às necessidades de formação (ANEXO III);
- realização de visitas domiciliárias conjuntas com AAD de diferentes parceiros, para perceber in loco as principais necessidades de formação.

2.1. TIPO DE ESTUDO

A metodologia científica tem como principal meta a descoberta do conhecimento e tem sido utilizado de maneira produtiva por pesquisadores de enfermagem que se dedicam ao estudo de uma vasta gama de problemas de enfermagem (POLIT e HUNGLER, 1995).

Trata-se de um estudo transversal do tipo exploratório, uma vez que permite ao investigador aumentar o seu conhecimento sobre a problemática, proporcionando uma maior familiaridade auxílio na descoberta de elementos e dos resultados desejados. A abordagem é quantitativa e descritiva, pois permitiu a observação, o registo e a análise de elementos e factos encontrados (FORTIN, 1999). Considera-se descritivo simples, na medida em que

“consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta” (FORTIN 1999, p.163). Relativamente à dimensão temporal o estudo realizado é transversal na medida em que a colheita de dados foi efectuada apenas numa única ocasião (LOBIONDO-WOOD E HABER, 2001).

2.2. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE) e considerando os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, bem como as Tomadas de Posição da OE, os enfermeiros têm um papel crucial na identificação de situações de risco bem como na análise, proposta e aplicação de soluções para os problemas encontrados. Na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de Enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade). Sendo o enfermeiro responsável pela concepção, planeamento, execução e avaliação dos cuidados de Enfermagem, a tomada de decisão na sua prática clínica assenta numa abordagem sistémica e sistemática da avaliação realizada em determinada situação/problema, suportando essa decisão através da observação directa e indirecta, com recurso a escalas, instrumentos, equipamentos ou outros meios ou métodos (2008).

Apesar de revisão bibliográfica efectuada, não se encontrou um instrumento que se adaptasse ao pretendido - avaliar as necessidades de formação das AAD.

A fase da colheita de dados é fulcral para o diagnóstico de uma comunidade. No que respeita a isto, SHUSTER e GOEPPINGER frisam que *“o primeiro objectivo da colheita de dados é adquirir informação útil acerca da comunidade”* (1999, p.319).

Optou-se pela construção de um questionário. *“É um dos métodos de colheita de dados que necessita de repostas escritas por parte dos sujeitos. É habitualmente preenchido pelos sujeitos, sem assistência. Ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser recolhidas de forma rigorosa”* (FORTIN,1999,p.249). Relativamente à entrevista, não pode ir tão profundamente, mas permite um melhor controlo dos enviesamentos.

Para que fosse possível a aplicação do instrumento de colheita de dados desenvolveram-se as seguintes actividades:

- Reunião com os responsáveis dos vários parceiros e solicitada respectiva autorização para aplicação do questionário;
- formulação das alterações do questionário, após a aplicação do pré-teste.

Segundo FORTIN, *“o pré-teste consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflecta a diversidade da população visada”*. Permite, ainda, modificar ou corrigir o questionário (1999, p.253). O pré-teste foi aplicado a 8 AAD dos vários Centros de Dia e que pontualmente reforçam as equipas do apoio domiciliário.

Na folha de rosto do questionário designa-se: o tema do estudo, sua importância, objectivos e tempo de aplicação do mesmo. Refere-se ainda que o anonimato será mantido ao longo de todo o estudo.

O questionário elaborado está dividido em três partes (ANEXO IV):

- Dados sócio-demográficos – constituído por 11 questões com o objectivo de caracterizar a população;
- Necessidades de formação das AAD – dividido por 6 áreas de intervenção e 28 actividades que desenvolvem, sendo a resposta dada em função de uma escala gráfica (relativa ao grau de dificuldade), com o objectivo de identificar as necessidades de formação das AAD;
- Formação – constituído por 2 perguntas fechadas e 5 perguntas abertas, com o objectivo de conhecer a experiência de formação das AAD e as suas necessidades de formação.

2.3. POPULAÇÃO ALVO

“Uma população é uma colecção de elementos ou sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios. A população alvo é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de selecção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações. A população acessível, que deve ser representativa da população alvo, é constituída pela porção da população alvo que é acessível ao investigador” (FORTIN, 1999, p.202). Neste caso, a população acessível coincide com a população alvo.

O Lar Oficial de Odivelas estava em fase de mudança a nível organizacional, deixando de ser uma instituição da Segurança Social, passando a pertencer à Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, pelo que não foi possível inclui-los no estudo. Fez todo o sentido abranger as Assistentes Operacionais da ECCIO, visto que prestam cuidados directos aos utentes.

Assim sendo, a população é constituída por 50 AAD que prestam cuidados aos utentes da ECCIO.

Nesta etapa desenvolveram-se as seguintes actividades:

- **Divulgação da realização do diagnóstico das necessidades de formação das AAD** através de uma nota informativa aos parceiros por correio electrónico e por contacto telefónico;
- Aplicação dos questionários que foi efectuada em vários dias da semana, no período da manhã e final da tarde, quer por auto preenchimento, quer por entrevista com a nossa presença, em casos de iliteracia, sendo que o tempo médio de preenchimento dos mesmos foi de 20 minutos.

2.4. TRATAMENTO E APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Para a análise dos dados colhidos através dos questionários foi elaborada uma base de dados em *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 17.0. Os dados receberam o tratamento estatístico com análise descritiva das variáveis, mediante o cálculo de frequências totais, médias e valores máximos e mínimos. A **análise quantitativa** através da **estatística descritiva** permite descrever e sintetizar os dados obtidos na investigação (POLIT E HUNGLER, 1995).

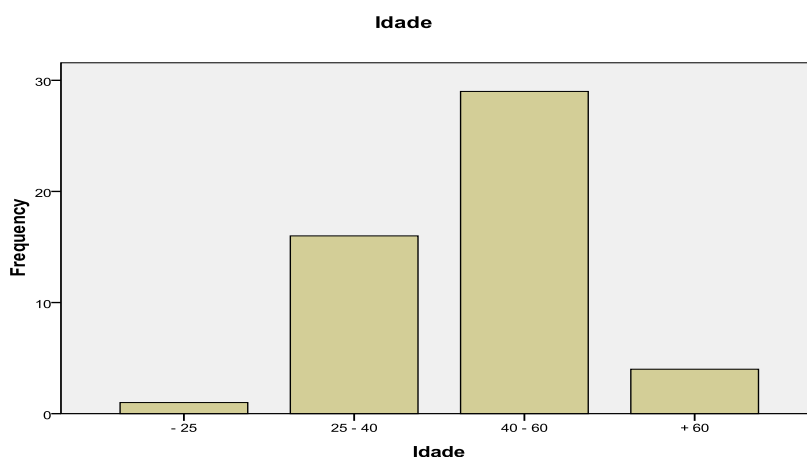
O **complemento qualitativo** proveniente das respostas às perguntas abertas presentes no questionário foi sujeito a **análise de conteúdo**. Segundo BARDIN **entende-se por análise de conteúdo** “ *um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ recepção (variáveis inferidas) destas mensagens*” (1977, pag.42). Procedeu-se à transcrição integral das respostas dadas, o que permitiu obter as unidades de registo e a partir daí as respectivas categorias. Todo este processo teve a sua organização em torno de três pólos cronológicos: “*a pré-análise; a exploração do material; tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação*” BARDIN (1977, pag.95) (ANEXO V).

A apresentação dos dados será feita de acordo com a estrutura do instrumento de colheita de dados. Os resultados aqui apresentados advêm dos dados recolhidos que posteriormente foram trabalhados estatisticamente. Os resultados são apresentados através da descrição narrativa dos mesmos, sendo que em alguns casos se fazem acompanhar de quadros, tabelas ou gráficos.

Relativamente à **caracterização sócio-demográfica** constata-se que todos os sujeitos são do género feminino. No que respeita à nacionalidade, 98% das AAD são portuguesas e 2% são de nacionalidade romena (ANEXO VI).

No que concerne à idade, constata-se que o intervalo de maior expressão é o da faixa etária entre os 40 e os 60 anos, com 58% dos sujeitos. 32% das AAD têm idades compreendidas entre os 25 e os 40 anos, 8% mais de 60 anos e 2% menos de 25 anos, conforme o Gráfico n.º 1.

Gráfico n.º 1 – Distribuição dos sujeitos relativamente à idade.



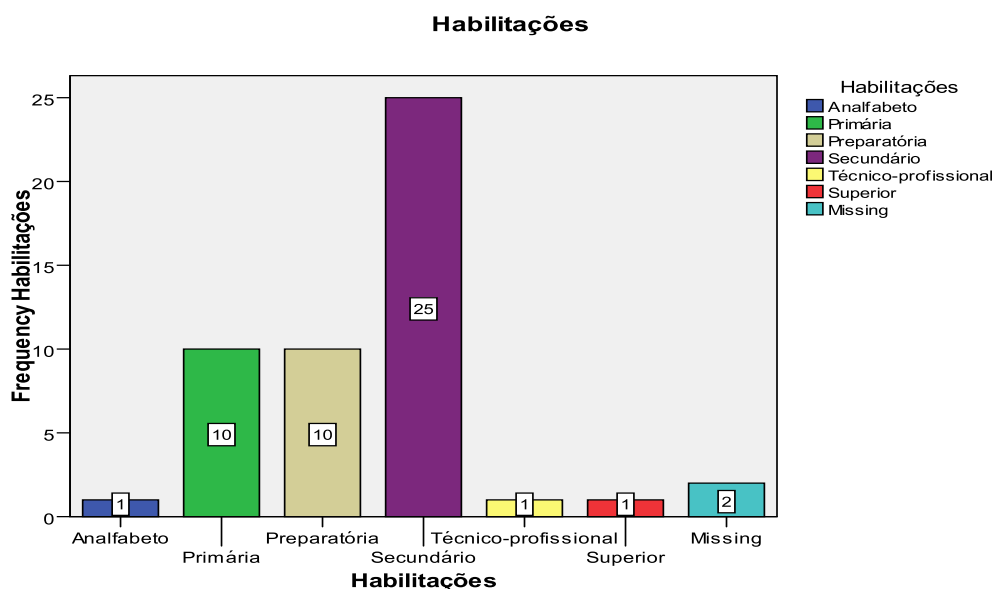
Relativamente à distribuição das AAD pelas instituições, 22% desenvolvem a sua actividade profissional no CURPIO, 14% na CREPE e no CSPF, 12% no ACES de Odivelas e CSPR, 10% no CSPPSA e CRPI, e apenas 6% no CURPIC, de acordo com a Quadro n.º 1.

Quadro nº 1 – Distribuição dos sujeitos pelas Instituições

Instituição				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Aces odivelas	6	12.0	12.0	12.0
crep	7	14.0	14.0	26.0
cspf	7	14.0	14.0	40.0
curpio	11	22.0	22.0	62.0
curpic	3	6.0	6.0	68.0
crpi	5	10.0	10.0	78.0
csppsa	5	10.0	10.0	88.0
ccpr	6	12.0	12.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	

No que diz respeito às habilitações literárias, 25% das AAD frequentaram o Ensino Secundário. Concomitantemente, 10% das AAD frequentaram o Ciclo Preparatório e a Primária. Curiosamente, existe 1 AAD que é analfabeta, 1 que frequentou um Curso Técnico Profissional e 1 que frequentou o Ensino Superior, conforme patente no Gráfico n.º 2.

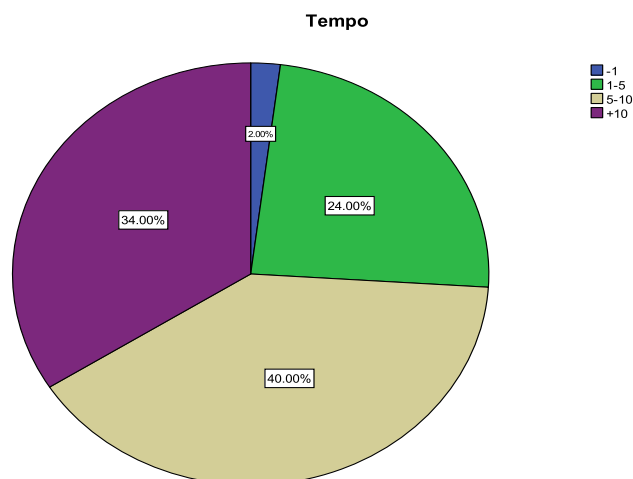
Gráfico nº 2 – Distribuição dos sujeitos segundo as habilitações literárias.



No que diz respeito à formação na área do cuidado à pessoa dependente 82% das AAD refere que teve formação e 18% respondeu que não (ANEXO VI).

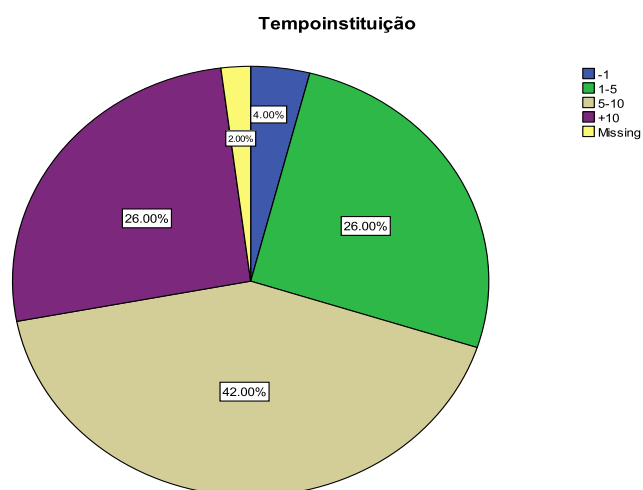
Relativamente à antiguidade na profissão, quase metade (40%) das AAD tem esta profissão entre 5 a 10 anos, 34% exerce a profissão à mais de 10 anos, enquanto que 24% desenvolve esta actividade entre 1 a 5 anos e apenas 2% exerce a profissão há menos de 1 ano, segundo o Gráfico n.º 3.

Gráfico nº 3 – Distribuição dos sujeitos pelo tempo que exercem a profissão



No Gráfico n.º 4 está patente a distribuição das AAD pelo tempo que trabalham na instituição. 42% das AAD trabalha na mesma instituição entre 5 a 10 anos, 26% trabalha há mais de 10 anos ou entre 1 a 5 anos. Apenas 4% trabalha na mesma instituição há menos de 1 ano. Apenas 2% não respondeu.

Gráfico nº 4 – Distribuição dos sujeitos pelo tempo que trabalha na instituição



A diversidade de horas de trabalho semanal distribui-se da seguinte forma: 40% das AAD tem um horário de 37h/s; 22% trabalha 36h/s; 16% trabalha 35h/s e 2% trabalha 40h/s. De referir que 80% tem horário fixo e 18% tem horário rotativo. Relativamente ao tipo de

vínculo laboral 78% das AAD é efectiva, 16% tem contrato de trabalho a termo certo e 2% trabalha em regime de prestação de serviços (ANEXO VI).

Relativamente às **necessidades de formação das AAD**, foram realizados vários quadros nos quais se teve em conta o número de respostas significativas nos três últimos graus de dificuldade da escala numérica do questionário, por actividade desenvolvida.

No que respeita à área de intervenção Higiene e Conforto (Quadro nº 2), as actividades em que houve mais respostas assinaladas com “muita dificuldade” foram: mobilização (8), lavagem dos dentes e próteses dentárias (6), banho na cama e higiene do cabelo (4). Contudo, houve um número significativo de respostas de “razoável dificuldade” nas actividades: posicionamentos na cama (26), mobilização (20), utilização de equipamentos adaptativos e banho na cama (14).

Quadro nº 2 – Actividades relativas à área de intervenção Higiene e Conforto

Actividades desenvolvidas	Grau de dificuldade		
	Razoável	Bastante	Muita
Posicionamentos na cama	26	2	0
Banho na cama	14	6	4
Banho no chuveiro	8	8	0
Lavagem dos dentes e Próteses dentárias	10	4	6
Higiene do cabelo	6	2	4
Avaliação da pele e seus cuidados	12	0	2
Adequação do vestuário	4	2	0
Vestir/despir	6	0	2
Mobilização	20	12	8
Utilização de equipamentos adaptativos	14	4	0

Na área de intervenção Alimentação (Quadro n.º 3), as AAD responderam que tinham “muita dificuldade” nas actividades: alimentação por peg (16) e alimentação por sng (10). De salientar que houve um grande número de respostas de “razoável dificuldade” em todas as actividades desta área de intervenção.

Quadro nº 3 – Actividades relativas à área de intervenção Alimentação

Actividades Desenvolvidas	Grau de dificuldade		
	Razoável	Bastante	Muita
Alimentação por sng	16	12	10
Alimentação por peg	16	6	16
Administração de líquidos	20	0	6

Em relação à área de intervenção Eliminação (Quadro n.º 4), houve um número significativo de respostas no que respeita à “razoável dificuldade” e “bastante dificuldade” nas três actividades abordadas no quadro. De salientar, que houve 2 repostas de “muita dificuldade” nos cuidados ao utente com dispositivo urinário.

Quadro n.º 4 – Actividades relativas à área de intervenção Eliminação

Actividades	Grau de dificuldade		
Desenvolvidas			
	Razoável	Bastante	Muita
Cuidados ao utente algaliado	10	8	0
Cuidados ao utente Com dispositivo urinário	18	12	2
Características da rina/fezes	26	12	0

No quadro n.º 5, podemos verificar que na área de intervenção Autonomia, houve um número significativo de respostas de “razoável dificuldade” nas actividades incentivar o utente a fazer aquilo que consegue e responsabilizar o utente.

Quadro n.º 5 – Actividades relativas à área de intervenção Autonomia

Actividades	Grau de dificuldade		
Desenvolvidas			
	Razoável	Bastante	Muita
Incentivar o utente	8	4	2
Responsabilizar o utente	12	6	2

No que concerne à área de intervenção Segurança, é de salientar o número de respostas (4) de “muita dificuldade” na lavagem das mãos (Quadro n.º 6).

Quadro n.º 6 – Actividades relativas à área de intervenção Segurança

Actividades	Grau de dificuldade		
Desenvolvidas			
	Razoável	Bastante	Muita
Lavagem das mãos	4	0	4

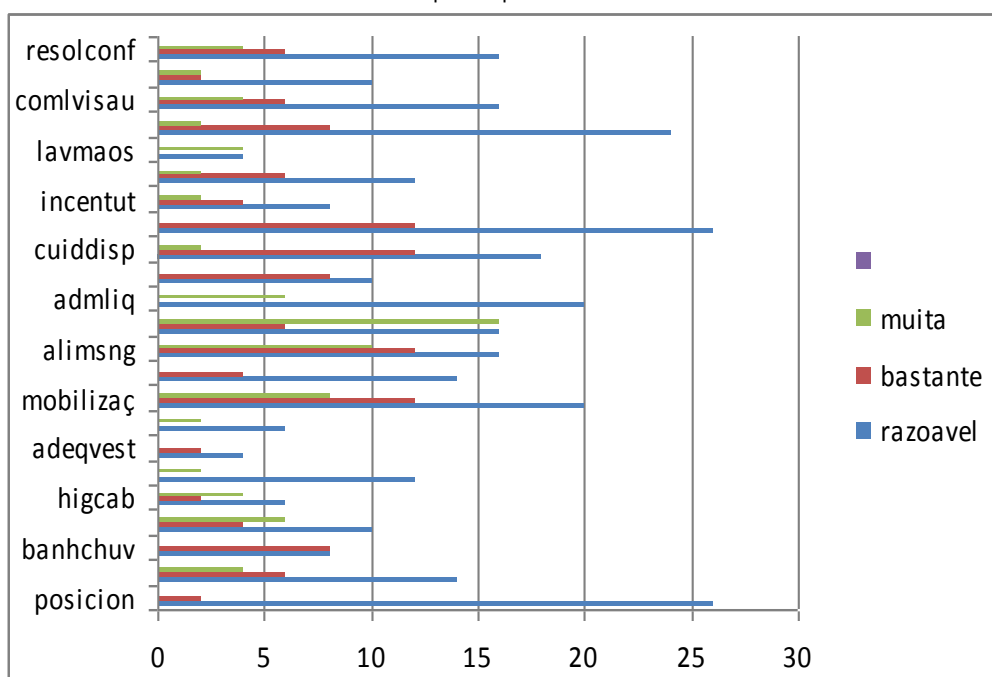
Relativamente à área de intervenção Comunicação, existem respostas de “muita dificuldade” em todas as actividades e também números de respostas elevados na “razoável dificuldade” (Quadro n.º 7).

Quadro nº 7 – Actividades relativas à área de intervenção Comunicação

Actividades desenvolvidas	Grau de dificuldade		
	Razoável	Bastante	Muita
Comunicar com o utente com limitação da fala	24	8	2
Comunicar com o utente com limitações visuais ou auditivas	16	6	4
Comunicar com a família	10	2	2
Resolução de conflitos	16	6	4

O Gráfico n.º 5 apresenta resumidamente, o que foi apresentado anteriormente, nos quadros, sobre as necessidades de formação das AAD.

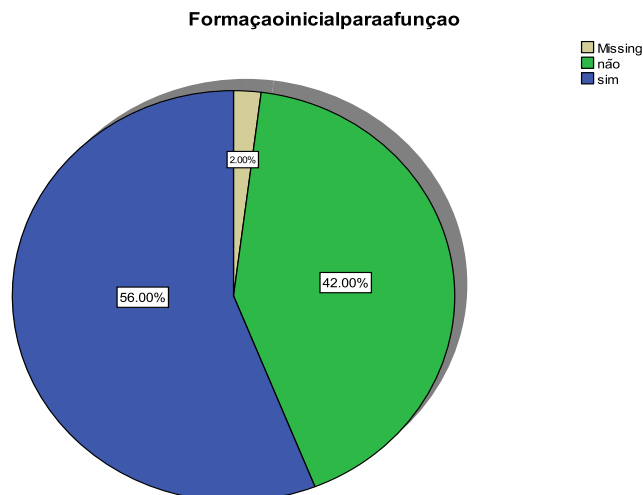
Gráfico nº 5 – Número de respostas por actividade desenvolvida



No que diz respeito à **formação**, a totalidade das AAD considerou que a formação é importante para o desempenho das suas funções.

56% da população refere ter formação inicial para o desempenho das suas funções, enquanto que 42% refere não ter, conforme observado no gráfico n.º 6.

Gráfico nº 6 – Distribuição dos sujeitos segundo a formação inicial para a função



Como referido anteriormente, as respostas às últimas cinco questões do questionário espelham a experiência de formação das AAD. Após realizada a análise às respostas encontraram-se as seguintes categorias: A formação influencia o desempenho de trabalho; Expectativas relacionadas com a formação; Opinião sobre a frequência de formação; Acções de formação frequentadas; Área de formação a investir.

No quadro n.º 8 apresentam-se as subcategorias para a categoria – A formação influencia o desempenho de trabalho.

Quadro n.º 8 - Distribuição dos sujeitos segundo a categoria – A formação influencia o desempenho de trabalho		
Subcategoria	Unidades de registo	Percentagens
A formação é importante	11	22%
Melhorar o conforto dos utentes	5	10%
Comunicação/relação com o utente/família	7	14%
Facilita e ajuda o serviço	3	6%
Lidar com o luto	4	8%
Lidar com as situações mais complicadas/primeiros socorros	2	4%
Comunicar com os profissionais da equipa	1	2%
Não sabe/não responde	17	34%

Para 22% das AAD a formação é importante para o desempenho do seu trabalho; 14% refere que a formação facilita a comunicação/relação com os utentes e seus familiares; 10% refere que permite melhorar o conforto dos utentes; 8% refere que influencia a forma como lidar com o luto e com menos significado, com percentagem abaixo dos 10%, facilita o serviço, permite lidar com situações complicadas e comunicar com os profissionais da equipa.

Quadro n.º 9 – Distribuição dos sujeitos segundo a categoria – Expectativas relacionadas com a formação		
Subcategoria	Unidades de registo	Percentagens
Lidar com o luto/morte	3	6%
Gestão de tempo	2	4%
Aprofundamento/aquisição de conhecimentos	5	10%
Aprender primeiros socorros	4	8%
Gestão de conflitos	4	5%
Comunicar com o utente/família	2	4%
Não sabe/não responde	30	60%

Com a leitura do quadro n.º 9 podemos observar que 10% nesta população pretende aprofundar/adquirir conhecimentos de uma forma geral; 8% tem como expectativas aprender primeiros socorros; 6% pretende aquisição de competências para lidar com o luto/morte; 5% gestão de conflitos e com menos expressão gestão de tempo e comunicar com o utente e família.

O quadro n.º 10 espelha as subcategorias relacionadas com a Opinião sobre a frequência de formação.

Quadro n.º 10 – Distribuição dos sujeitos segundo a categoria – Opinião sobre a periodicidade de formação		
Subcategoria	Unidades de registo	Percentagens
Maior frequência possível	3	6%
Anual	11	22%
Semestral	6	12%
Trimestral	1	2%
Periódica e continua	1	2%
Mensal	1	2%
Não sabe/não responde	27	54%

A maioria das AAD que respondeu a esta pergunta (22%) considera que a formação deveria ser anual; 12% considera que deveria ser semestral; 6% refere que deveria ser com a maior frequência possível.

Quadro n.º 11 – Distribuição dos sujeitos segundo a categoria – Acções de formação frequentadas		
Subcategoria	Unidades de registo	Percentagens
Formação interna	4	8%
Primeiros socorros	3	6%
Cuidado ao idoso	5	10%
Luto/morte	4	8%
Higiene e segurança no trabalho	2	4%
Gestão de tempo	1	2%
Cuidados ao utente com demência	1	2%
Cuidados ao utente com doenças infecto contagiosas	3	6%
Alimentação	1	2%
Posicionamentos	1	2%
Não sabe/não responde	25	50%

No quadro n.º 11 estão as subcategorias relativas às acções de formação frequentadas. A maioria das AAD que respondeu (10%) refere que recebeu formação sobre o cuidado ao idoso; 8% respondeu que recebeu formação interna e frequentou acções de formação sobre o luto/morte; 6% revela que recebeu formação sobre primeiros socorros e cuidados ao utente com doenças infecto contagiosas.

Seguidamente, apresenta-se o quadro nº12 no qual estão patentes as subcategorias relativas às áreas de formação a investir.

Quadro nº 12 – Distribuição dos sujeitos segundo a categoria – Áreas de formação a investir		
Subcategoria	Unidades de registo	Percentagens
Primeiros socorros	7	14%
Esterilização/limpeza de equipamentos	4	8%
Higiene/conforto	5	10%
Posicionamentos/mobilizações	7	14%
Cuidados paliativos	7	14%
Cuidados ao utente com demência	4	8%
Técnicas de relaxamento	2	4%
Higiene/segurança no trabalho	2	4%
Comunicação/gestão de conflitos	5	10%
Gestão de tempo	2	4%
Cuidados ao utente com sng/peg	2	4%
Cuidados ao utente ostomizado	1	2%
Diabetes	1	2%
Sem tema definido	2	4%
Não sabe/não responde	6	12%

Segundo este quadro, as AAD consideram que as áreas de formação a investir, com o maior número de unidades de registo (14%) são: os primeiros socorros, posicionamentos/mobilizações, cuidados paliativos; com 10% os temas da higiene/conforto, comunicação/gestão de conflitos; com 8% cuidados ao utente com demência e esterilização/limpeza de equipamentos; com 4% surgem temas como as técnicas de relaxamento higiene/segurança no trabalho, gestão de tempo e cuidados ao utente com sng/peg.

Apresentados os resultados que permitem conhecer o diagnóstico das necessidades de formação das AAD dos parceiros da ECCIO, importa referir que os objectivos delineados para o módulo I foram atingidos, bem como a cumprida a temporalidade estipulada no projecto de estágio. Relativamente aos recursos humanos utilizados foi de extrema importância a colaboração de todos os elementos da ECCIO, bem como dos responsáveis de cada parceiro que distribuíram e recolheram os questionários junto das AAD que se encontravam de férias ou de folga.

Para além das actividades planeadas para este módulo, de referir ainda:

- Contactos informais com os parceiros que promoveram a relação com os mesmos;

- Reunião informal com a responsável pelo CSPPSA, que disponibilizou recursos materiais (anfiteatro, papel e fotocopiadora) para a operacionalização do projecto;
- Observação do mapa da Cidade de Odivelas de forma a perceber a área de intervenção da ECCIO e dos respectivos parceiros.

Todo este envolvimento de proximidade e mobilização dos recursos da comunidade promoveu a participação activa por parte dos parceiros, fomentando o trabalho em parceria.

3. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS/DESENVOLVIDAS

Os objectivos traçados e as actividades desenvolvidas durante o módulo I, a proximidade com os parceiros, permitiu-me elaborar o diagnóstico acerca das necessidades de formação das AAD, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, compreendendo as implicações da investigação na prática baseada na evidência e promovendo a investigação na área da Enfermagem Comunitária.

Todo este trabalho em parceria só foi possível através do desenvolvimento de uma metodologia de trabalho eficaz e do trabalho em equipa multidisciplinar e interdisciplinar, quer com os profissionais da ECCIO, quer com os parceiros.

As visitas domiciliárias realizadas permitiram não só estabelecer uma relação de confiança com o utente e cuidador informal, como também permitiu o desenvolvimento de uma metodologia de trabalho na assistência aos mesmos. Permitiu ainda a articulação directa com as AAD, percebendo e reflectindo com elas os problemas existentes na prática profissional.

As reuniões realizadas com os diferentes parceiros possibilitaram desenvolver a capacidade de gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida e produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas com que me fui confrontando. Permitiram ainda estabelecer as articulações necessárias para dar resposta às necessidades identificadas nesta população específica.

Ao longo de todo o módulo procurei manter, de forma contínua e autónoma, o processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional e reflectir de forma crítica sobre a prática.

PARTE II – O PROJECTO DE FORMAÇÃO

A Parte II deste Relatório será desenvolvida em dois pontos distintos. No primeiro serão abordados os objectivos do Projecto de Formação, descrição e fundamentação, bem como o Planeamento da Intervenção. No segundo serão abordadas as competências adquiridas/desenvolvidas no módulo II do Estágio.

O módulo II do Estágio teve como objectivo geral: Elaborar um Programa de Formação das Auxiliares de Acção Directa dos parceiros da ECCIO. Foram definidos como objectivos específicos:

- Estabelecer necessidades/prioridades de intervenção;
- Definir estratégias de intervenção face às necessidades identificadas;
- Elaborar um projecto de formação;
- Realizar algumas sessões de formação.

1. PLANEAMENTO DA INTERVENÇÃO

A realização do diagnóstico de situação permitiu identificar as necessidades de formação das AAD. Tendo em conta que não será possível colmatar todas as necessidades detectadas torna-se fundamental a definição de prioridades. A definição, escolha ou selecção de prioridades é a segunda fase do processo de planeamento da saúde e é condicionada pela etapa anterior – diagnóstico de situação – e determinará a seguinte – a fixação de objectivos (IMPERATORI, 1993).

A conceptualização da política de cuidados na área das pessoas idosas integra as dimensões sociais e da saúde. O social engloba o psicossocial e o serviço social, remetendo para a satisfação das necessidades básicas fundamentais, tais como a alimentação, a higiene pessoal e envolvendo um processo de participação, liberdade e direitos de integração social do indivíduo na comunidade. A saúde engloba a enfermagem, a reabilitação e a medicina e remete para os cuidados de saúde preventivos, de tratamento, de reabilitação e paliativos, permitindo integrar diferentes níveis de intervenção enquanto acções conjuntas pró-activas (CARVALHO, 2007). O envelhecimento é uma parte natural do ciclo de vida preconizando-se que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o máximo de tempo possível, sendo necessária uma acção integrada ao nível da transformação de comportamentos e atitudes da população e da formação dos profissionais de saúde e de outras áreas de intervenção social, *“uma adequação dos serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais e familiares que acompanham o envelhecimento individual e demográfico e um ajustamento do ambiente às fragilidades que, mais frequentemente, acompanham a idade avançada”* (DGS, 2004).

É neste contexto que surge como primeira linha de intervenção na Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Odivelas, através da experiência diária e directa na prestação de cuidados em conjunto com as AAD, a necessidade premente de formação contínua para o referido grupo profissional. Os próprios responsáveis dos parceiros envolvidos identificaram a formação das AAD como sendo uma necessidade.

“Na definição das prioridades dever-se-á ter em consideração dois elementos: o horizonte do plano e a área de programação” (IMPERATORI, 1993, p. 30). Ou seja, o tempo disponível para a intervenção; e a área da programação, nomeadamente as prioridades da ECCIO e dos parceiros. Como critérios utilizados destaca-se: a magnitude – caracterizar o problema pela sua dimensão; a vulnerabilidade – possibilidade de prevenção; a evolução – possibilidade de um problema se agravar; neste caso a prevenção do risco (IMPERATORI, 1993).

De acordo com o referido é desenhado o projecto **“Formação Contínua para Auxiliares de Acção Directa”** (ANEXO VII).

O projecto tem como objectivo geral:

- Desenvolver competências técnicas e relacionais inerentes à função das AAD.

E como objectivos específicos:

- Qualificar os profissionais referidos, criando ou reforçando saberes e práticas que respondam às necessidades identificadas;
- Desenvolver um conjunto de boas práticas de referência em cuidados continuados;
- Aplicar a contextos reais de trabalho os conhecimentos adquiridos nas várias sessões do plano de formação.

As linhas orientadoras para o projecto de formação vêm no sentido de dar continuidade à orientação formativa dos últimos anos praticada pela ECCIO. Este projecto formativo serve para melhorar as competências do pessoal auxiliar ou o de apoio directo, adequando o seu desempenho às necessidades formativas identificadas, tendo em conta as exigências requeridas pelo novo campo profissional criado pela implementação da Rede Nacional de Cuidados Continuados. Pretende-se favorecer aptidões e conhecimentos especializados, uma maior capacidade de adaptação assim como a auto realização, o compromisso com a missão do local de trabalho e espírito de equipa.

Foram delineadas as seguintes estratégias para que os objectivos do projecto fossem atingidos:

- Divulgação do projecto na ECCIO e junto dos parceiros;
- Envolvimento dos profissionais, quer da ECCIO, quer dos parceiros na consecução do plano;
- Articulação com os parceiros da comunidade de forma a estabelecer protocolos de formação;
- Difusão do projecto às AAD.

Após a análise dos resultados, identificaram-se em reunião com os parceiros/ peritos as seguintes **necessidades de formação** prioritárias: **Mobilizações e posicionamentos; Cuidados Paliativos; Primeiros socorros; Comunicação/desenvolvimento de técnicas comunicativas na relação com o outro; Gestão de conflitos; Higiene e conforto; Esterilização e higienização de equipamentos; Prevenção de úlceras de pressão; Alimentação por SNG/PEG; Técnicas de relaxamento; Prevenção de quedas; Comunicação com a pessoa em situação de dependência; a morte e o luto; Gestão de tempo.**

Tendo em conta que o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária procede ao diagnóstico de saúde de uma comunidade, estabelece prioridades em saúde, formula objectivos e estratégias face às necessidades identificadas e ainda, contribui para a capacitação de grupos e comunidades com vista à consecução de projectos de saúde colectivos, faz todo o sentido que seja o elemento dinamizador de uma equipa que forma e capacita este grupo profissional.

De acordo com as estratégias foram realizadas as seguintes actividades:

- Reunião com os parceiros da comunidade que participaram no estudo para partilha de dados e confirmação de prioridades de acordo com as suas necessidades (reunião de peritos para a definição de prioridades de formação);

- Reunião com os Bombeiros Voluntários de Caneças para apresentação do programa de formação e pedido de colaboração no tema Primeiros Socorros, criando parceria neste sentido;
- Contacto com o responsável do Departamento de Saúde da CM Odivelas para possível colaboração no projecto de acordo com os recursos humanos disponíveis;
- Negociação com os parceiros dos horários mais adequados para as sessões de formação;
- Apresentação do Plano de Formação à ECCIO/parceiros, na reunião da ADI;
- Convite dos profissionais para integração da equipa de formadores de acordo com a sua formação curricular;
- Reunião com o Centro Social e Paroquial da Póvoa de Santo Adrião para aferir horários possíveis e disponibilidade dos recursos físicos e materiais, criando parceria neste sentido;
- Elaboração do Plano de Formação;
- Elaboração do dossier pedagógico, com os respectivos documentos: Plano de sessão, sumário de presenças, folha de presenças, avaliação pelo formador e avaliação pelo formando (ANEXO VIII);
- Elaboração das sessões de formação de Técnicas de Relaxamento e Prevenção de Quedas;
- Divulgação das sessões junto dos parceiros;
- Participação na reunião do ADI mensalmente;
- Apresentação de 2 sessões de formação sobre Técnicas de Relaxamento, nas quais participaram um total de 34 pessoas (ANEXO IX).
- Apresentação de 2 sessões de formação sobre Prevenção de Quedas, nas quais participaram um total de 35 pessoas (ANEXO X).
- Apresentação do resultado do trabalho desenvolvido nos módulos I e II (ANEXO XI) a todos os profissionais da ECCIO e aos parceiros envolvidos, aos quais efectuei o convite pessoalmente, tendo estado presentes 15 pessoas;
- Entrega do projecto **Formação Continua para Auxiliares de Acção Directa** aos parceiros.

Tendo em conta que plano de formação surge em reposta ao levantamento das necessidades formativas das AAD e ficando a cargo da equipa de formação, a duração do plano é flexível. As acções de formação deverão ter no mínimo a duração de 60 minutos. Contudo, devido à flexibilidade do plano e das acções a duração das mesmas será definida por cada formador, bem como o respectivo horário.

As destinatárias do projecto são as Auxiliares de Acção Directa, integradas na ECCIO e nos parceiros que prestam cuidados à população abrangida pela ECCIO.

Os recursos envolvidos são de extrema importância para que a realização das actividades seja possível. As acções de formação apresentadas decorreram no Anfiteatro do

CSPPSA e será neste espaço que decorrerá toda a formação inerente ao projecto, exceptuando as sessões sobre os Primeiros Socorros que decorreu na sala de formação da AHBVC. A equipa de formação é multidisciplinar, sendo constituída pelos enfermeiros e psicóloga da ECCIO e por elementos dos vários parceiros da comunidade, através de convite prévio.

Durante o desenrolar do projecto, o Lar Oficial de Odivelas e a Cruz Vermelha Portuguesa solicitaram participar nas acções de formação, de forma a integrarem o grupo de formandos.

Sendo que o projecto **Formação Contínua para Auxiliares de Acção Directa** se vai prolongar no tempo, vai ficar a cargo da Enfermeira Coordenadora da ECCIO e sob responsabilidade da Equipa de Formação os recursos físicos, humanos e económicos serão cedidos pelas parcerias criadas no início do mesmo.

A **avaliação do projecto** a curto prazo foi **positiva** traduzida pelos indicadores do processo nomeadamente: o número de AAD nas sessões de formação, % de AAD por parceiro em cada sessão de formação e indicadores da avaliação de cada sessão de formação pelas AAD e pelos formadores. Nas sessões por mim realizadas relativas ao tema Técnicas de Relaxamento participaram 34 pessoas. 80 % das formandas revelou ter poucos conhecimentos sobre o tema e 90% referiu que os conteúdos apresentados foram muito importantes para a sua prática profissional. Nas sessões relativas ao tema Prevenção de Quedas por mim apresentadas, 60 % das formandas referiu ter alguns conhecimentos sobre o tema e 90 % refere que os conteúdos apresentados foram muito interessantes.

Os indicadores de resultados só poderão ser avaliados a longo prazo já no final do plano de formação pela Equipa de Formação que dará continuidade ao projecto.

Os objectivos delineados para o módulo II foram atingidos.

2. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS/DESENVOLVIDAS

A apresentação do resultado do trabalho desenvolvido nos módulos I e II a todos os profissionais da ECCIO e aos parceiros envolvidos facilitou o desenvolvimento da capacidade de comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros, como a outros técnicos, como ao público em geral. De uma forma crítica procurou-se apresentar as questões e problemas mais complexos resultantes do estudo realizado, de uma forma fundamentada, incorporando os resultados da investigação no projecto desenvolvido. O convite aos parceiros para a apresentação teve como objectivo fortalecer as parcerias e envolver as instituições em causa nos projectos delineados.

A entrega, aos parceiros, do projecto de formação permite disponibilizar a informação que o suporta e garantir a continuidade do mesmo e eficácia das intervenções a desenvolver futuramente.

O trabalho desenvolvido com os parceiros permitiu promover o trabalho em parceria /rede no sentido de garantir uma maior eficácia das intervenções, optimizando e maximizando os recursos necessários a consecução das diferentes actividades inerentes ao projecto de formação, utilizando os vários profissionais provenientes da ECCIO e dos parceiros peritos nas diversas áreas de formação para a constituição da equipa de formação.

Para além das competências adquiridas/desenvolvidas no módulo I, o módulo II contribuiu ainda para o sedimentar de ter iniciativa e ser criativo na interpretação e resolução de problemas e o ter capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas. Isto porque inicialmente estavam previstas 10 formandas em cada sessão por mim leccionadas, e teve de haver adaptação pois o número de afluência foi superior ao esperado.

Permitiu ainda, gerir informação em saúde a um grupo específico, minimizando o risco em saúde, atendendo às responsabilidades sociais e éticas.

CONCLUSÃO

No presente relatório foi exposta toda a jornada de desenvolvimento de actividades e reflexões que visam a aquisição de competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem comunitária.

A primeira parte remeteu para a problemática identificada, quer no campo de estágio, quer na minha prática profissional diária.

Pela minha experiência profissional e pelo trabalho desenvolvido no estágio, considero importante continuar a estudar esta população e as suas necessidades.

“O investimento na formação e na valorização desta categoria profissional é condição para a qualidade do sistema de cuidados aos idosos pois só assim teremos organizações que prestarão cuidados de excelência para que consigamos dar mais qualidade à vida que queremos acrescentar aos anos” (SOUSA, 2011, p. 66).

As redes sociais de apoio revestem-se de importância crucial nos idosos dado que o sentimento de ser amado e valorizado, a pertença a grupos de comunicação e obrigação recíprocas, levam os indivíduos a escapar ao isolamento e ao anonimato. No plano das respostas organizadas para idosos, importa pois apresentar propostas que integrem novas relações emergentes entre diferentes gerações, mas que respeitam as opções pessoais de cada um, inerentes aos seus projectos de vida (GRÁCIO, citado por MARTINS, 1999).

O módulo I do estágio iniciou-se com o diagnóstico de necessidades de formação das AAD dos parceiros que prestam cuidados aos utentes da ECCIO. Constatou-se que a formação é de facto importante para este grupo profissional, havendo áreas de intervenção nas quais as AAD sentem ter mais dificuldades do que noutras.

No módulo II estabeleceram-se prioridades tendo em conta a metodologia do planeamento em saúde, o recurso temporal e procurando dar resposta aos problemas identificados, numa lógica de intervenção num grupo profissional específico, integrado numa comunidade e trabalhando para a mesma.

Elaborou-se o projecto **Formação Contínua para Auxiliares de Acção Directa**.

O projecto mobilizou as AAD dos parceiros, quer como participantes no estudo, quer como formandas. De referir a importância do trabalho desenvolvido com os parceiros e a mobilização dos vários profissionais, quer da ECCIO, quer dos parceiros para a constituição da Equipa de Formação. De salientar que o projecto fica sob a responsabilidade da Enfermeira Coordenadora da ECCIO e da Equipa de Formação, deixando o seu lastro junto da equipa, dos parceiros e, de forma mais pertinente, junto das AAD.

Os objectivos do estágio foram alcançados e as actividades propostas desenvolvidas. Para tal, o contributo dos vários elementos da ECCIO, dos utentes e familiares, dos parceiros, das AAD foi deveras importante para o desenrolar do projecto e para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, desta forma de proximidade; o projecto de estágio que serviu de guião para viagem. Deveras importante o contributo quase diário da Orientadora de Estágio no meu

crescimento enquanto pessoa e enquanto enfermeira que desenvolve/adquire competências especializadas na área da enfermagem comunitária. Não menos importante também o apoio da Tutora de estágio que teve um papel importante no fio condutor na realização deste relatório.

Como tal considero que, a metodologia de planeamento, a identificação das necessidades do grupo alvo, dando resposta às mesmas, o trabalho em parceria, entre as muitas actividades realizadas terão contribuído para a aquisição das competências de enfermeiro especialista.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AZEVEDO, C.A.M.; AZEVEDO, A.G. – Metodologia Científica. Contributos Práticos para a Elaboração de Trabalhos Académicos. 9ª ed. Lisboa: Universidade Católica editora, 2008, 178 p. ISBN 978-972-54-0212-2
- BARDIN, L.- **Análise de Conteúdo** - Lisboa: Edições 70, 1977, 225p.
- BARRON, A. I– Apoyo Social : Aspectos Teóricos y Aplicaciones. Madrid : Siglo Veinteuno. España Editores, 1996.
- BEAGLEHOLE, R., BONITA, R KJELLSTROM, T. - **Epidemiologia Básica**. 1ªed. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. 2003. 191p. ISBN 972-98811-2-X.
- CABETE, Dulce Gaspar – Cuidados Continuados e Continuidade de Cuidados
- in Manual Sinais Vitais - O Idoso, Problemas e Realidades. Editora Formasau; 1999; ISBN 972-8485-07.
- CARVALHO, Maria Irene; Entre os Cuidados e os Cuidadores: o feminino na configuração da política de cuidados às pessoas idosas; Campus Social; Número 3/4 2006/2007; pág. 269-280; Edições Universitárias Lusófonas.
- COLLIÈRE, Marie-Françoise - **Cuidar... a primeira arte da vida**. Loures, Lusodidacta, 2ªed., 2003, 448p. ISBN: 972-8383-53-3-
- Contrato Colectivo de Trabalho para as IPSS e Misericórdias (revisão de 2007, RAA)- Jornal Oficial, I V série, N°6, de 01 de Março de 2007.
- Decreto-lei nº 101/2006 de 6 de Junho. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
- DESPACHO CONJUNTO nº 407/98.DRII Série 138 (1876/98) p. 8328-8332.
- FERNÁNDEZ-PUEBLA, Albert, Factores de riesgo del cansancio en el cuidador formal profesional inmigrante en Barcelona; Revista Administracion e Sanidad, 2004; pág. 147-164.

- FERNANDES, Sandra; Vivências em lares de idosos: diversidade de percursos- um estudo de caso, Dissertação de mestrado em Gerontologia Social, Universidade Portucalense Infante D. Henrique, Julho 2010.
- FORTIN, Marie-Fabienne – **O processo de investigação: da concepção à realização**. Loures: Lusociência, 1999. 388p. ISBN 972-8383-10-X
- IMPERATORI, Emílio – Diagnóstico da situação – capítulo 5. In: IMPERATORI, Emílio; GIRALDES, Maria do Rosário - **Metodologia do planeamento da saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais**. 3ª ed. Lisboa : Escola Nacional de Saúde Pública, 1993, p.43-5.
- IMPERATORI, Emílio – Definição de prioridades– capítulo 7. In: IMPERATORI, Emílio; GIRALDES, Maria do Rosário - **Metodologia do planeamento da saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais**. 3ª ed. Lisboa : Escola Nacional de Saúde Pública, 1993, p.63-67.
- IMPERATORI, Emílio; GIRALDES, Maria do Rosário - **Metodologia do planeamento da saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais**. 3ª ed. Lisboa : Escola Nacional de Saúde Pública, 1993, 200p.
- LAVERACK, GLENN – **Promoção de Saúde: Poder e Empoderamento**. Loures: Lusodidacta, 2008. 195p. ISBN 978-989-8075-09-3
- LIMA, M. - Posso participar? Actividades de desenvolvimento para idosos. 2ª edição Porto. Âmbar 2006
- LOBIONDO-WOOD G, HABER J. - **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2001. 330 p. ISBN 85-277-0659-8.
- LOURO, Maria Clarisse; A pessoa doente e dependente: do hospital ao domicílio; Revista Investigação em Enfermagem ; nº 21; Fevereiro 2010, pág. 59-68.
- MARTINS, Rosa Maria Lopes; A Relevância do Apoio Social na Velhice; Millenium – Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu; n.º 31; Maio/2005; pág. 128-134.
- MINISTÉRIO DO TRABALHO E DA SOLIDARIEDADE. Despacho Normativo n.º 62/99. [DR I série B Nº 264 1999.11.12]

- MINISTÉRIOS DO TRABALHO E DA SOLIDARIEDADE SOCIAL E DA SAÚDE. Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho; Rede Nacional de Cuidados Continuados. [DR I série A Nº 109 2006.06.06]
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos. Ordem dos Enfermeiros, 2005.
- ORNELAS, JOSÉ - **Psicologia Comunitária**. Lisboa: Fim de Século Edições, 2008, 480p. ISBN: 9789727542567.
- PAÚL, Constança; Envelhecimento activo e redes sociais de suporte; Sociologia n.º 15/2005; pág. 275-287
- PAÚL, M. C. – Percursos pela velhice: uma perspectiva ecológica em psicogerontologia. Tese de doutoramento apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar Porto:, 1991.
- PENDER, N.J. - **Health Promotion in Nursing Practice** (2ªed.). Norwalk, CT: Appleton-Lange. 1987. 497p. ISBN 0-8385-3674-3 .
- PIMENTEL, L. O Lugar do idoso na família. Quarteto; 2001
- POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P.- **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**.3ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, 391p. ISBN 85-7307-101-X
- QUIVY, R. ; VAN CAMPENHOUDT, L. - **Manual de investigação em Ciências Sociais**. 2ªed. Lisboa: Gradiva. 1998. 282p. ISBN 972-662-275-1
- SAKRAIDA, Teresa J. Modelo de Promoção da Saúde. [autor do livro] Ann Marriner
- TOMEY e Martha Raile ALLIGOOD. *Teóricas de Enfermagem e sua obra - Modelos e Teorias de Enfermagem*. 5ª. Loures: Lusociência, 2004, 33, pp. 699-710.
- STANHOPE, M.- Teorias e desenvolvimento familiar. In: STANHOPE, M. LANCASTER, J. - **Enfermagem Comunitária** – Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos. 4ª ed. Lisboa: Lusociência, 1999,p. 491-518, ISBN: 972-8383-05-3
- SHUSTER, G.F.; GOEPPINGER, J.- A comunidade como cliente: a utilização do processo de enfermagem na promoção da saúde. In: STANHOPE, M. LANCASTER, J.

- **Enfermagem Comunitária** – Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos. 4ª ed. Lisboa: Lusociência, 1999,p. 311-340, ISBN: 972-8383-05-3

- www.ine.pt
- www.ordemdosenfermeiros.pt
- www.who.int/
- ORDEM DOS ENFERMEIROS -**Matriz cursos especialidade. Outubro 2008** [Em linha]. <http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=488&version>
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) – **Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários de Saúde: declaração de Alma-Ata: recomendações**. Alma-Ata: 1978. 15p. [Em linha] www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) – **Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde**. Ottawa, 1986. 15 p. [Em linha] www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) – Declaração de Adelaide. Austrália, 1988.7 p. [Em linha] www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Adelaide.pdf
- PERKINS, DOUGLAS D; ZIMMERMAN, MARC A- Empowerment theory, research, and application **American Journal of Community Psychology**; Oct 1995; vol.23, nº 5; Research Library Core pg. 569-579 [em linha] www.people.vanderbilt.edu/~douglas.d.../empintro.proquest.pdf
- RODRIGUEZ, Pilar Rodriguez. – El sistema de servicios sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia. Fundación Alternativas; 2006; ISBN 84-96653-00-5. in <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2048054>

ANEXOS

ANEXO I - Critérios de admissão na ECCIO

Desde o seu início (1997), esta equipa assumiu como **princípios de actuação**:

- Prestar cuidados de saúde globais aos doentes dependentes, manifestamente impossibilitados de sair do seu domicílio, e suas famílias;
- Apoiar preferencialmente os doentes que tivessem cuidador principal responsável pela viabilização dos cuidados informais e de saúde no domicílio;
- Garantir a máxima qualidade de cuidados e de vida possível àqueles a quem oferecia assistência.

Mantemos o objectivo de prestar cuidados de saúde de elevada Qualidade. Nesse sentido, e face à reorganização recente da Equipa e ao facto de se manterem alguns equívocos quanto à **forma de Referenciação de Doentes à Equipa** por parte dos Médicos de Família e outros profissionais do Centro de Saúde, pensamos ser fundamental clarificar critérios e prioridades no atendimento, elegendo sempre os mais vulneráveis e de maior complexidade clínica como aqueles doentes a apoiar prioritariamente.

A Equipa de Cuidados Continuados, enquanto recurso de Referência dentro do Centro de saúde, não substitui os Médicos de Família em tarefas que constituem um compromisso com a sua lista de utentes e para as quais têm por lei tempo atribuído. Os Médicos de Família devem manter-se responsáveis pela gestão da sua lista de utentes, onde se incluem os doentes dependentes e paliativos, realizando sempre as Visitas Domiciliárias (inicial e de seguimento regular) que permitam detectar e sistematizar as diferentes necessidades do doente e da família, e, caso se justifique pela complexidade da situação, referenciar então à equipa, através do preenchimento da guia de tratamentos, sempre com um resumo da situação clínica e com o motivo da mesma referenciação.

(nota: a administração de injectáveis ou qualquer outro tratamento, sem o resumo da situação clínica e sem a clara identificação de quem envia o doente, inviabilizam a prestação de cuidados pela equipa).

Assim sendo, queremos propôr que passem a vigorar como **critérios de prioridade na admissão de doentes** os seguintes:

- Doentes dependentes, com situação clínica instável e sintomas descontrolados, já avaliados pelo seu Médico de Família, cujo controlo dependa essencialmente da deslocação dos profissionais da equipa. Referimo-nos particularmente aos doentes em situação geriátrica e paliativa (oncológica e não oncológica), de grande complexidade clínica (Por exemplo, mais de 3 sintomas descontrolados, situação social e familiar complexa, idade pediátrica ou jovem, etc.)
- Doentes em agonia, depois de um período de acompanhamento pela equipa, e que tenham desejo e possibilidade de permanecer no domicílio;
- Doentes com feridas de gravidade manifesta, que careçam de tratamento imprescindível no domicílio;
- Doentes carentes de administração de terapêutica fundamental e imprescindível para a sua recuperação no domicílio (*que não terapêutica analgésica com AINE's e relaxantes musculares*);

NÃO SURGEM COMO CRITÉRIOS DE INCLUSÃO PARA SEGUIMENTO PELA EQUIPA OS SEGUINTE CASOS:

- Administração de injectáveis para analgesia a doentes com via oral disponível e por períodos superiores a 3 dias. De acordo com as indicações clínicas e terapêuticas consensuais em vigor, e do próprio INFARMED, a terapêutica para a dor crónica faz-se, com a mesma eficácia, prioritariamente pela via oral e o recurso à

via intramuscular só é admissível numa fase transitória inicial (< 3dias) para titulação das doses analgésicas;

- Avaliação das necessidades e monitorização de sintomas a doentes estáveis e sem gravidade clínica que o justifique, com médico de família atribuído e responsável pela visita domiciliária;
- Doentes que, apesar de dependentes, apresentem situação clínica estável e cuja complexidade clínica seja baixa, e passível de ser acompanhada pelo seu Médico de Família;

Justifica-se uma estreita colaboração e articulação dos recursos do centro de saúde para otimizar os cuidados aos doentes mais debilitados da nossa comunidade. Os profissionais da equipa estão disponíveis das 8h às 20h, dias úteis e sábados e para visitas programadas domingo, para apoiar os colegas que necessitem de esclarecer dúvidas e de apoio telefónico para resolução de casos complexos.

RESUMINDO :

Critérios de admissão

- ◆ Residir na área geográfica do Centro de Saúde de Odivelas, e estar inscrito neste;
- ◆ Ter dependência temporária ou crónica com descontrolo de sintomas, com feridas ou injectáveis (antibiótico, anticoagulante), que impeça de se deslocar ao centro de saúde;
- ◆ Ter preferencialmente um cuidador principal que se responsabilize pela pessoa dependente;
- ◆ Referenciação em documento da RNCCI (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados) ou via informática.

Referenciação

Os doentes vêm referenciados

- ◆ dos médicos de família ou das enfermeiras das várias unidades de saúde através documento da RNCCI;
- ◆ através das parcerias;
- ◆ dos hospitais, geralmente feita com um telefonema prévio e via informática por referenciação através da RNCCI;
- ◆ pelos vizinhos e familiares em presença.

Documentação necessária na admissão

- ◆ Cartão de utente;
- ◆ Cartão de beneficiário;
- ◆ Bilhete de identidade;
- ◆ Documento da RNCCI;
- ◆ Guia de tratamento obrigatória.

O número de doentes e famílias atendidas tem vindo progressivamente a aumentar, com alguma tendência de estabilização em redor dos 1100-1200dtes/ano nos últimos quatro anos. Temos habitualmente em seguimento, em cada momento, entre 200-250 doentes. A complexidade clínica e social das situações apoiadas tem também verificado um significativo aumento. Apesar destas limitações, mantemos o nosso compromisso de manter o doente em situação de dependência e a sua família no centro da nossa actuação. Este compromisso só pode ser viabilizado com o contributo e co-responsabilização de todos os profissionais do Centro de Saúde.

Contamos com Todos!

A Coordenação

Dra. Margarida Vale

Enf.ª Fátima Ferreira

ANEXO II - Documentos de autorização para o estudo

Exma. Sr^a Directora executiva do ACES de Odivelas
Dr^a Margarida do Vale

Sofia Alexandra Sousa da Mata Brites Militar, a frequentar o Mestrado de Especialização em Enfermagem Comunitária, a estagiar na Equipa de Cuidados Continuados Integrados do ACES Odivelas (ECCIO), vem por este meio informar que na sequência do estágio módulo I a realizar nesta instituição de saúde, irá dar início à investigação que pretende desenvolver no âmbito das necessidades de formação das Auxiliares de Acção Directa.

Este primeiro módulo de estágio tem como principal objectivo:

- Realizar o diagnóstico de situação relativo às necessidades de formação dos cuidadores formais, pertencentes aos parceiros da ECCIO

No segundo módulo de estágio pretende:

- Implementar um projecto de intervenção junto dos cuidadores formais

O processo de recolha de dados decorrerá durante os meses de Maio e Junho de 2011.

O presente trabalho vai de encontro às necessidades sentidas quer pela própria ECCIO, quer pelos parceiros. As suas conclusões serão uma mais valia na formação das Auxiliares de Acção Directa, melhorando a qualidade da prestação de cuidados aos utentes e a articulação entre os vários parceiros.

Sem outro assunto,
Com os melhores cumprimentos

Odivelas, 8 de Junho de 2011



Sofia Alexandra Sousa da Mata Brites Militar



ARSLVT

Administração Regional de Saúde
de Lisboa e Vale do Tejo I.P.



007542

De: Margarida Santos, Enf.
Vogal do Conselho Clínico

Para: Sofia Alexandra S. da M. B. Militar
Estagiária na equipa de Cuidados Continuados

ASSUNTO: Investigação sobre necessidades de formação das Auxiliares de Acção Directa, no âmbito do estágio Módulo 1, do mestrado de especialização em Enfermagem Comunitária.

Não existe qualquer objecção ao início da investigação sendo desejável dar conhecimento dos resultados obtidos.

Com os melhores cumprimentos,

A Vogal do Conselho Clínico

Margarida Santos, Enf.

Odivelas, 2011-06-20
MS/OF



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

A/ C Direcção da Casa de Repouso de Enfermagem Portuguesa

Sr^a Enf^a Felisbela Gonçalves

Odivelas, 6 de Junho de 2011.

Exm^{as} Srs:

Eu, Sofia Militar, mestranda no Mestrado em Enfermagem Comunitária da Universidade Católica Portuguesa, a estagiar na Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Odivelas, venho por este meio solicitar a vossa colaboração no projecto de identificação de necessidades de formação das Auxiliares de Acção Directa, tendo em conta que anteriormente contactei a vossa instituição telefonicamente e por correio electrónico, não obtendo resposta.

Desde já agradeço a vossa colaboração.

Os melhores cumprimentos

Sofia Militar

ANEXO III – Actas das reuniões com os parceiros

REUNIÕES COM OS PARCEIROS

DATA	HORA	PARCEIRO	REPRESENTANTE	DURAÇÃO	DESENVOLVIMENTO
20/5/2011	10H00	CURPIO	Drª Mª João Martins	40 min	<ul style="list-style-type: none"> - apresentação do projecto - visita à instituição e apresentação às AAD - têm um blogue com toda a dinâmica da instituição - nº utentes-70 - nºAAD – 11 - horários- dias de semana- 9h30-17h S/D/feriados- 8h30-14h - área de abrangência- freguesia de Odivelas até à Rua Guilherme Gomes Fernandes
20/5/2011	11H15	CRPI Póvoa de Stº Adrião	Drª Paula Nogueira	60 min	<ul style="list-style-type: none"> - apresentação do projecto - visita à instituição e apresentação às AAD - surgiu em 1987 - nº utentes- 25 - nºAAD- 4+1 encarregada -horários- dias da semana - 8h30-16h30(+17h30 uma AAD por dia) -por questão histórica, para além da Póvoa, abrange

					<p>ainda Olival Basto</p> <p>-abordamos a legislação</p> <p>-sugeriu formação extensível a técnicos</p>
20/5/2011	12H00	CSP Póvoa Sto Adrião	Drª Ana Pereira	40 min	<p>- apresentação do projecto</p> <p>- visita à instituição e apresentação às AAD</p> <p>-IPPS católica, iniciou Apoio Domiciliário em 2005</p> <p>- tem site</p> <p>- nºutentes-50</p> <p>-nºAAD- 8</p> <p>-horários-</p> <p>5 dias-8h30-16h/8h30-13h e 16h-18h30 (horário rotativo)</p> <p>S/D-8h30-13h</p> <p>-abrange Póvoa Sto Adrião e Olival Basto</p> <p>-disponibilizou recursos materiais e físicos</p> <p>-abordámos a questão da formação ser multidisciplinar</p>
20/5/2011	14h00	CURPIC	Drª Cátia Toscano Sr. Mário Rui (Vice-Presidente)	60 min	<p>- apresentação do projecto</p> <p>- visita à instituição e apresentação às AAD</p> <p>-caracterização da instituição</p> <p>-nº utentes-27</p> <p>-nº AAD-3</p>

					-horário- 5 dias -9h-17h -abrange Caneças -abordámos a escassez de recursos, tanto a nível da instituição como da comunidade
20/5/2011	15h00	CCP Ramada	DrªSilvia Esteves Drª Vera Fernandes	60 min	- apresentação do projecto - visita à instituição e apresentação às AAD -caracterização da instituição -nº utentes-51 -nº AAD-6 -abrange a Ramada -horário -SAD: 8h30-15h30 (5 dias); ADI:8h30-12h30;16h30-19h (5 dias); 8h30-12h30 (fins de semana e feriados)
27/5/2011	10h30	CP Famões	Drª Sónia Constantino	40 min	- apresentação do projecto - visita à instituição e apresentação às AAD -caracterização da instituição -utentes- 35(5 dias)/13 (7 dias) -AAD- 9 (divididas por três equipas) -abrange Famões e Arroja, ao fim de semana acumula Pontinha -horário- 2 equipas -8h-16h (5 dias);1 equipa- 9h-19h30

					<p>(7 dias)</p> <p>-abordamos o projecto CLDS (Contratos Locais de Desenvolvimento Social).</p>
6/6/2011	14h30	ADI CREP	Proactus, CURPIC, CREP, CCP Ramada, CRPI Povoa, ECCI (Enfª Fátima, TSS, Psicóloga)	2 horas	<p>- Apresentação do projecto</p> <p>-Entrega de carta para autorização do estudo à CREP</p> <p>-Pequena entrevista informal com Drª Ana Reis (CREP) para caracterização sumária da instituição</p> <p>-discussão de casos clínicos da ADI</p>

ANEXO IV – Questionário

Este inquérito por questionário é confidencial e as suas respostas destinam-se apenas a ser utilizadas pelo investigador, no âmbito de uma investigação sobre as necessidades de formação das Auxiliares de Acção Directa
Agradecemos desde já a sua colaboração.

I - CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

1-Idade:

Menos de 25 anos☐

De 25 a 40 anos☐

40 a 60 anos☐

Mais de 60 anos☐

2-Género: M☐ F☐

3- Nacionalidade: _____

4-Instituição: _____

5-Habilitações literárias:

Analfabeto ☐

Escola Primária ☐

Ciclo Preparatório☐

Ciclo Secundário☐

Curso técnico-profissional ☐

Curso superior☐

6-Tem formação na área da prestação de cuidados à pessoa dependente?

Sim☐ Não☐

7- Há quanto tempo trabalha na área?

Menos de um ano☐

1 a 5 anos☐

5 a 10 anos☐

Mais de dez anos☐

8- Há quanto tempo trabalha nesta instituição?

Menos de um ano☐

1 a 5 anos☐

5 a 10 anos☐

Mais de dez anos☐

9- Horas de trabalho semanal _____

10- Tipo de horário

rotativo☐ fixo☐

11-Tipo de contrato

Prestação de serviços ☐ contrato a termo certo☐

Efectivo☐

II – AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DE FORMAÇÃO DAS AUXILIARES DE ACÇÃO DIRECTA

1 - Indique de 1 a 5 (**sendo 1 sem dificuldade e 5 muita dificuldade**) o grau de dificuldade com que desempenha as seguintes funções:

Áreas de intervenção	Actividades desenvolvidas	Grau de dificuldade				
		1	2	3	4	5
Higiene e conforto	<i>posicionamentos na cama</i>					
	<i>banho na cama</i>					
	<i>banho no chuveiro</i>					
	<i>lavagem dos dentes e próteses dentárias</i>					
	<i>higiene do cabelo (lavar, pentear, escovar)</i>					
	<i>avaliação da pele e seus cuidados</i>					
	<i>adequação do vestuário ao clima</i>					
	<i>vestir/despir</i>					
	<i>mobilização (sentar, transferir, rodar, pôr de pé)</i>					
	<i>Utilização de equipamentos adaptativos (andador, bengala, cadeira de rodas)</i>					
Alimentação	<i>preparação de alimentos</i>					
	<i>alimentação oral (por colher)</i>					
	<i>alimentação por sonda nasogástrica</i>					
	<i>alimentação por PEG</i>					
	<i>administração de líquidos</i>					
Eliminação	<i>colocação da fralda</i>					
	<i>cuidados ao utente algaliado</i>					
	<i>cuidados ao utente com dispositivo urinário</i>					
	<i>características da urina e das fezes</i>					
Autonomia	<i>Incentivar o utente a fazer aquilo que consegue</i>					
	<i>responsabilizar o utente</i>					

Áreas de intervenção	Actividades desenvolvidas	Grau de dificuldade				
		1	2	3	4	5
Segurança	<i>utilizar equipamento de protecção individual (luvas, avental)</i>					
	<i>lavagem das mãos</i>					
	<i>Lavagem dos utensílios utilizados (bacias, corta unhas...)</i>					
Comunicação	<i>comunicar com o utente com limitações da fala</i>					
	<i>comunicar com o utente com limitações visuais ou auditivas</i>					
	<i>comunicar com a família</i>					
	<i>resolução de conflitos</i>					

2 - Recebeu formação inicial para desempenhar a sua actual função?

Sim ☐

Não ☐

3 - Considera a formação importante para o desempenho das suas funções?

Sim ☐

Não ☐

Se realizou acções de formação responda, por favor, às seguintes questões.

Se não, passe para a questão nº 8. Obrigado pela sua colaboração.

4 - Que informações obtidas nas acções de formação considera importantes para o desempenho do seu trabalho?

5 - O que gostaria de ter aprendido?

6 - Com que periodicidade deveria ser dada a formação?

7 - Indique as acções de formação em que participou:

8 - Refira três áreas que gostasse de ver abordadas em formação:

ANEXO V - Análise de conteúdo das perguntas abertas do questionário

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO	Nº DE UNIDADES DE REGISTO
A formação influencia o desempenho de trabalho	A formação é importante	<i>“todas as formações para mim são muito importantes”</i> Q12	11
	Melhorar o conforto dos utentes	<i>“para melhorar o conforto dos utentes”</i> Q48	5
			7
	Comunicação/relação com o utente/família	<i>“lidar com os idosos e respectivas famílias”</i> Q24	3
	Facilita e ajuda o serviço	<i>“ajuda e facilita o nosso dia a dia”</i> Q11	4
	Lidar com o luto	<i>“o luto”</i> Q10	
	Lidar com as situações mais complicadas/primeiros socorros	<i>“primeiros socorros”</i> Q10	2
	Comunicar com os profissionais da equipa	<i>“comunicar com a equipa”</i> Q48	1
Expectativas relacionadas com a formação	Lidar com o luto/morte	<i>“o luto”</i> Q10	3
	Gestão de tempo	<i>“gestão de tempo”</i> Q10	2
	Aprofundamento/aquisição de conhecimentos		5
	Aprender primeiros socorros	<i>“gostaria de ter aprendido primeiros socorros”</i> Q23	4
	Gestão de conflitos/lidar melhor com os problemas	<i>“conflitos no trabalho”</i> Q10	4
	Comunicar com o utente/família	<i>“lidar com algumas atitudes dos idosos”</i> Q29	2
Opinião sobre frequência de formação	Maior frequência possível	<i>“com a maior frequência possível”</i> Q16	3
	Anual	<i>“no mínimo anual”</i> Q28	11

	Semestral	<i>“duas vezes por ano”</i> Q29	6
	Trimestral	<i>“de três em três meses”</i> Q30	1
	Periódica e contínua	<i>“deveria ser periódica e contínua”</i> Q19	1
	Mensal	<i>“deveria ser mensal”</i> Q44	1
Acções de formação frequentadas	Formação interna	<i>“formação interna”</i> Q4	4
	Primeiros socorros	<i>“primeiros socorros”</i> Q35	
	Cuidado ao idoso	<i>“cuidados de higiene”</i> Q43	5
	Luto/morte	<i>“o luto”</i> Q16	4
	Higiene e segurança no trabalho	<i>“boas práticas de higiene alimentar”</i> Q44	2
	Gestão de tempo		1
	Cuidados ao utente com demência	<i>“alzheimer;Parkinson”</i> Q21	1
	Cuidados ao utente com doenças infecto contagiosas	<i>“doenças infectocontagiosas”</i> Q11	3
	Alimentação	<i>“a alimentação do utente”</i> Q16	1
	Posicionamentos		1
Áreas de formação a investir	Primeiros socorros	<i>“primeiros socorros”</i> Q14	7
	Esterilização/limpeza de equipamentos	<i>“lavagem de certos aparelhos”</i> Q26	4
	Higiene/conforto	<i>“higiene no leito”</i> Q6	5
	Posicionamentos/mobilizações	<i>“posicionamento do utente da cama para</i>	7

		<i>a cadeira</i> ”Q8	
	Cuidados paliativos/luto/morte	<i>“a morte na área dos cuidados continuados”</i> Q3	7
	Cuidados ao utente com demência	<i>“cuidados com os utentes com Alzeihmer”</i> Q5	4
	Técnicas de relaxamento	<i>“técnicas de relaxamento”</i> Q33	2
	Higiene/segurança no trabalho	<i>“higiene e segurança”</i> Q36	2
	Comunicação/gestão de conflitos	<i>“lidar com situações complexas”</i> Q42	5
	Gestão de tempo	<i>“comunicação funcionário e utente”</i> Q4	2
	Cuidados ao utente com SNG/PEG		2
	Cuidados ao utente ostomizado	<i>“higiene em utentes ostomizados”</i> Q28	1
	Diabetes		1
	Sem tema definido	<i>“as que quiserem”</i> Q12	2

ANEXO VI - Gráficos de caracterização laboral da população

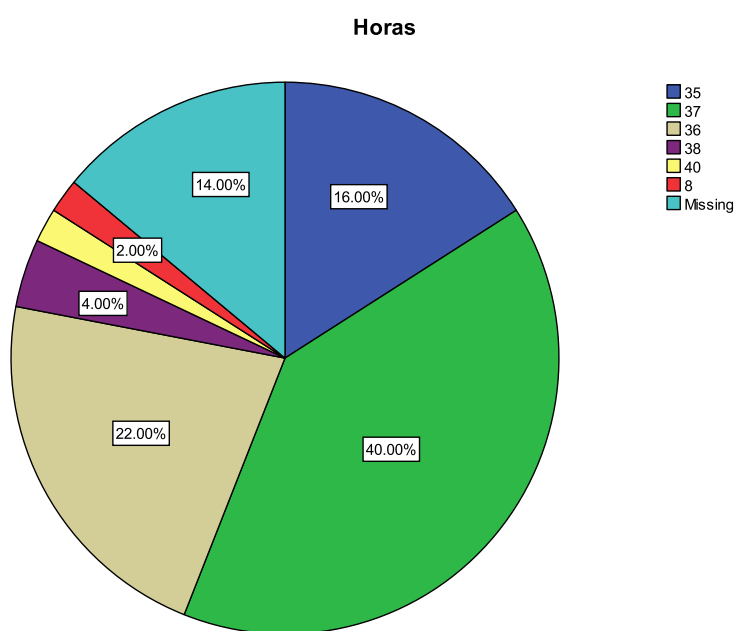


Gráfico nº 5- Distribuição dos sujeitos por número horas de trabalho

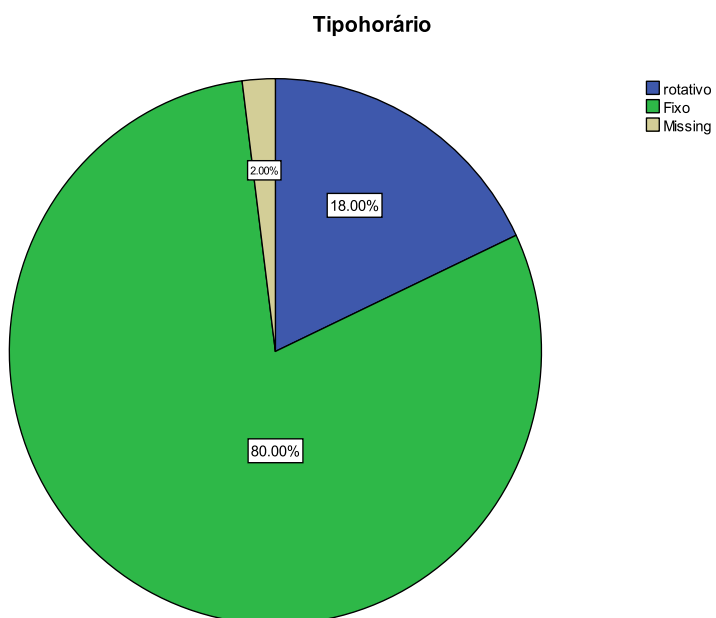


Gráfico nº 6- Distribuição dos sujeitos por tipo de horário

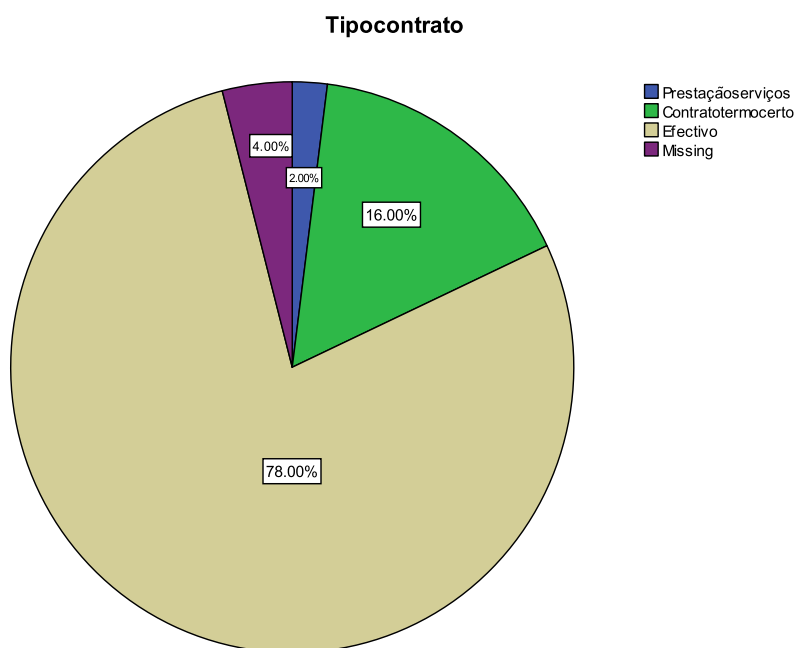


Gráfico nº 7- Distribuição dos sujeitos por tipo de contrato

ANEXO VII - Projecto de formação

PROJECTO DE INTERVENÇÃO



FORMAÇÃO CONTINUA PARA AUXILIARES DE ACÇÃO DIRECTA

Sofia Militar

**Odivelas
Novembro 2011**

ÍNDICE

	f.
0. <u>INTRODUÇÃO</u>	3
1. <u>IDENTIFICAÇÃO DE NECESSIDADES</u>	5
1.1 JUSTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA	5
2. <u>OBJECTIVOS</u>	7
2.1. OBJECTIVO GERAL.....	7
2.2. OBJECTIVOS ESPECÍFICOS.....	7
2.3. ESPECIFICIDADES DO PLANO.....	7
3. <u>DEFINIÇÃO DE ESTRATÉGIAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJECTO</u>	8
4. <u>IMPLEMENTAÇÃO DO PROJECTO</u>	9
4.1. ACTIVIDADES A DESENVOLVER.....	9
4.2. RECURSOS	9
4.3. SESSÕES DE FORMAÇÃO.....	11
5. <u>AVALIAÇÃO</u>	12
6. <u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	13

ANEXO I- DOCUMENTOS PARA SESSÕES

ANEXO II-PLANOS DAS SESSÕES REALIZADAS

0. INTRODUÇÃO

Uma das áreas prioritárias de intervenção dos Cuidados de Saúde Primários é a Educação para a Saúde, entendendo-se como sendo um processo baseado em regras científicas, utilizando oportunidades educacionais programadas, de forma a capacitar os indivíduos para tomarem decisões fundamentais sobre assuntos relacionados com a saúde, agindo isoladamente ou em conjunto (CE, WHO,1990).

A Carta de Ottawa é um dos documentos fundadores da promoção da saúde actual. É um conceito que está imbuído de valores tais como a qualidade de vida, a saúde, a solidariedade, a equidade, a democracia, a cidadania, o desenvolvimento, a participação e a parceria, entre outros. Está ainda relacionado com um conjunto de estratégias que envolvem acções do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da acção comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de competências pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersectoriais, implicando uma responsabilização conjunta.

O referido documento propõe cinco campos de acção fundamentais e que são a elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis à saúde, o reforço da acção comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação do sistema de saúde.

Tendo em conta as alterações demográficas do último século, reflectindo-se no envelhecimento da população, o aumento das doenças crónicas e o aumento do grau de dependência das pessoas nas actividades de vida, torna-se importante a abordagem deste tema.

O envelhecimento é uma parte natural do ciclo de vida preconizando-se que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o máximo de tempo possível, sendo necessária uma acção integrada ao nível da transformação de comportamentos e atitudes da população e da formação dos profissionais de saúde e de outras áreas de intervenção social, “uma adequação dos serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais e familiares que acompanham o envelhecimento individual e demográfico e um ajustamento do ambiente às fragilidades que, mais frequentemente, acompanham a idade avançada “ (DGS)

É um fenómeno que diz respeito a todos, implicando o envolvimento de todos os sectores sociais, obrigando à sua intervenção e co-responsabilização na promoção da autonomia e da independência dos cidadãos idosos, envolvendo as famílias e outros prestadores de cuidados, directos, conviventes e profissionais. Assim sendo, os cuidados de saúde primários têm um papel fulcral na implementação e melhoria de estratégias de intervenção comunitária, que respondam e satisfaçam as necessidades específicas desta população (DGS).

A dependência dos indivíduos que necessitam de cuidados no domicílio continua a aumentar, devido ao envelhecimento populacional que tende para a duplicação do número de idosos no ano de 2030, enquanto que a população jovem está a diminuir.

Todas as doenças incapacitantes, temporária ou permanentemente, causam grande impacto na vida do utente e família, que têm de enfrentar o desafio dos cuidados no domicílio (JESUS et al).

As alterações nas estruturas e modelos familiares decorrentes do envelhecimento demográfico, da inserção da mulher no mercado de trabalho e da diminuição da natalidade repercutem-se nas relações familiares entre as várias gerações e promovem alterações ao nível das interajudas (quantitativas e qualitativas) bem como das responsabilidades familiares (GIL). A contratação de pessoas externas à unidade familiar pode dar resposta a estas necessidades, surgindo a figura de contratadas imigrantes, quer sejam contratadas através de instituições, quer a título particular, cuidando dos nossos idosos de acordo com os costumes do seu país de origem. (VALVERDE).

1. IDENTIFICAÇÃO DE NECESSIDADES

1.1. JUSTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

A conceptualização da política de cuidados na área das pessoas idosas integra as dimensões sociais e da saúde. O social engloba o psicossocial e o serviço social, remetendo para a satisfação das necessidades básicas fundamentais, tais como a alimentação, a higiene pessoal e envolvendo um processo de participação, liberdade e direitos de integração social do indivíduo na comunidade. A saúde engloba a enfermagem, a reabilitação e a medicina e remete para os cuidados de saúde preventivos, de tratamento, de reabilitação e paliativos, permitindo integrar diferentes níveis de intervenção enquanto acções conjuntas pró-activas (CARVALHO, 2007).

Os cuidados formais são organizados e prestados por organizações lucrativas, não lucrativas e públicas. Estas organizam cuidados em lares, residências temporárias, a centros de dia e/ou de noite, centros de convívio e também serviços prestados no domicílio do idoso. Estes equipamentos ou serviços podem ser tanto de reabilitação como de longo termo ou de curto prazo, assim como curativos ou paliativos. Estes serviços podem ser efectuados também por empregadas domésticas do mercado de serviços pessoais. Os cuidados informais são prestados por cuidadores familiares, vizinhos, amigos e voluntários e podem ser pagos ou não pagos. A nova geração de políticas introduz a possibilidade de os cuidados prestados pelo cuidador familiar serem igualmente pagos, valorizando assim o trabalho de “cuidar” efectuado dentro da família. (CARVALHO, 2007).

O aumento do número de idosos muito idosos e da longevidade coloca desafios no plano de cuidados a um grupo social cada vez mais numeroso e portador de doenças crónicas degenerativas e as necessidades relacionadas com os cuidados em fim de vida. Esta realidade pressupõe respostas que deverão ser especializadas, de qualidade e ter por base a articulação entre os sistemas de saúde e social. Implica pois, falar de uma categoria de execução, tão poucas vezes abordada, que desempenha um papel fundamental no sistema de cuidados aos idosos utilizadores de respostas formais - as Auxiliares de Acção Directa (AAD) (SOUZA).

É neste contexto que surge como primeira linha de intervenção na Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Odivelas, através da experiência diária e directa na prestação de cuidados em conjunto com as AAD, a necessidade premente de formação contínua para o referido grupo profissional. Os próprios responsáveis dos parceiros envolvidos identificaram a formação das AAD como sendo uma necessidade.

Para tal, foi realizado um diagnóstico de situação através da aplicação de um questionário a 50 AAD dos parceiros que prestam cuidados à população abrangida pela ECCIO, salientando-se os seguintes dados que sustentam a problemática identificada:

- 50% frequentou o ensino secundário
- 82% refere ter formação na área da prestação de cuidados à pessoa dependente,
- 40% trabalha entre 5 a 10 anos na área e 42% trabalha na instituição actual no mesmo período de tempo;
- 56% das AAD tem formação inicial para a prestação de cuidados;
- a totalidade das AAD acha que a formação é importante para o seu desempenho profissional;
- comparando os dados estatísticos das áreas de intervenção e da análise de conteúdo das perguntas do questionário, identificaram-se como necessidades de formação as seguintes: Técnicas de relaxamento; Prevenção de quedas; Primeiros socorros; Mobilizações e posicionamentos; Prevenção de úlceras de pressão; Higiene e conforto; Alimentação por SNG/PEG; Comunicação/desenvolvimento de técnicas comunicativas na relação com o outro; Comunicação com a pessoa em situação de dependência; Cuidados Paliativos; A morte e o luto; Gestão de tempo; Gestão de conflitos; Esterilização e higienização de equipamentos

Tendo em conta que o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária procede ao diagnóstico de saúde de uma comunidade, estabelece prioridades em saúde, formula objectivos e estratégias face às necessidades identificadas e ainda, contribui para a capacitação de grupos e comunidades com vista à consecução de projectos de saúde colectivos, faz todo o sentido que seja o elemento dinamizador de uma equipa que forma e capacita este grupo profissional.

As linhas orientadoras para o presente plano vêm no sentido de dar continuidade à orientação formativa dos últimos anos. Este projecto formativo serve para melhorar as competências do pessoal auxiliar ou o de apoio directo, adequando o seu desempenho

às necessidades formativas identificadas, tendo em conta as exigências requeridas pelo novo campo profissional criado pela implementação da Rede Nacional de Cuidados Continuados. Pretende-se favorecer aptidões e conhecimentos especializados, uma maior capacidade de adaptação assim como a auto realização, o compromisso com a missão do local de trabalho e espírito de equipa.

2. OBJECTIVOS

2.1. OBJECTIVO GERAL

- Desenvolver competências técnicas e relacionais inerentes à função das AAD

2.2. OBJECTIVOS ESPECIFICOS

- Qualificar os profissionais referidos, criando ou reforçando saberes e práticas que respondam às necessidades identificadas;
- Desenvolver um conjunto de boas práticas de referência em cuidados continuados;
- Aplicar a contextos reais de trabalho os conhecimentos adquiridos nas várias sessões do plano de formação.

2.3. ESPECIFICIDADES DO PLANO

Destinatários:

Auxiliares de Acção Directa, integrados na ECCIO e nos parceiros que prestam cuidados à população abrangida pela ECCIO (aproximadamente 50).

Programa:

- Técnicas de relaxamento;
- Prevenção de quedas;
- Primeiros socorros;
- Mobilizações e posicionamentos;
- Prevenção de úlceras de pressão;

- Higiene e conforto;
- Alimentação por SNG/PEG;
- Comunicação/desenvolvimento de técnicas comunicativas na relação com o outro;
- Comunicação com a pessoa em situação de dependência;
- Cuidados Paliativos;
- A morte e o luto;
- Gestão de tempo;
- Gestão de conflitos;
- Esterilização e higienização de equipamentos.

Duração do plano:

Tendo em conta que este plano surge em reposta ao levantamento das necessidades formativas das AAD e vai ficar a cargo da equipa de formação, a duração do plano é flexível.

Duração das acções:

Cada acção de formação deverá ter no mínimo a duração de 60 minutos. Contudo, devido à flexibilidade do plano e das acções a duração das mesmas será definida por cada formador,

Horário:

A definir por cada formador.

3. DEFINIÇÃO DE ESTRATÉGIAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJECTO

Foram delineadas as seguintes estratégias para que os objectivos do projecto sejam atingidos:

- Divulgação do projecto na ECCIO e junto dos parceiros;
- Envolvimento dos profissionais, quer da ECCIO, quer dos parceiros na consecução do plano;
- Articulação com os parceiros da comunidade de forma a estabelecer protocolos de formação;

- Difusão do projecto às AAD.

4. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJECTO

4.1. ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

- Reunião com os parceiros da comunidade que participaram no estudo para partilha de dados e confirmação de prioridades de acordo com as suas necessidades;
- Reunião com os Bombeiros Voluntários de Caneças para apresentação do programa de formação e pedido de colaboração no tema Primeiros Socorros
- Contacto com o responsável do Departamento de Saúde da CM Odivelas para possível colaboração no projecto de acordo com os recursos humanos disponíveis;
- Negociação com os parceiros dos horários mais adequados para as sessões de formação;
- Apresentação do Plano de Formação à ECCIO/parceiros, na reunião da ADI;
- Convite dos profissionais para integração da equipa de formadores;
- Reunião com o Centro Social e Paroquial da Póvoa de Santo Adrião para aferir horários possíveis e disponibilidade dos recursos físicos e materiais;
- Preparação das sessões de formação;
- Apresentação das sessões através de metodologias pedagógicas inovadoras (workshop, rollplaying, método da teia...);
- Apresentação dos resultados e actividades desenvolvidas ao ACES/Parceiros;
- Aplicação do instrumento de colheita de dados;
- Comparação dos resultados no fim do plano.

4.2. RECURSOS

Os recursos envolvidos neste projecto serão:

Recursos físicos:

- Centro Social e Paroquial da Póvoa de Santo Adrião (CSPPSA)
- Associação Humanitária Bombeiros Voluntários de Caneças (AHBVC)

Recursos humanos:

A equipa de formação é multidisciplinar, sendo constituída pelos enfermeiros e psicóloga da ECCIO e por elementos dos vários parceiros da comunidade, através de convite prévio.

Recursos materiais:

- Mesas;
- Cadeiras;
- Fotocopiadora;
- Retroprojector;
- Data show;
- Computador portátil;
- Materiais diversos de acordo com as temáticas das sessões.

Recursos económicos:

- Verba disponibilizada pelo CSPPSA para material de desgaste;
- Verba disponibilizada pela AHBVC para material de desgaste.

4.3. SESSÕES DE FORMAÇÃO

ACÇÃO	DATA/LOCAL/FORMADOR
<i>Técnicas de relaxamento</i>	7 Novembro/CSPPSA/ Enfª Sofia Militar
<i>Prevenção de quedas</i>	8 Novembro/CSPPSA/ Enfª Sofia Militar
<i>Primeiros socorros</i>	14-15 Novembro/AHBVC/ SC André Marques
<i>Mobilizações e posicionamentos</i>	A designar/CSPPSA/ Enfª Fátima Ferreira
<i>Prevenção das úlceras de pressão</i>	A designar/ CSPPSA/ EnfªSilvia Miguel e Enfª Carla Oliveira
<i>Higiene e conforto</i>	A designar/CSPPSA/EnfªSilvia Miguel e Enfª Carla Oliveira
<i>Alimentação por SNG/PEG</i>	A designar/CSPPSA/ Enfª Rui Almeida
<i>Comunicação/desenvolvimento de técnicas comunicativas na relação com o outro</i>	A designar/CSPPSA/ Drª Paula Nogueira
<i>Comunicação com a pessoa em situação de dependência</i>	A designar/CSPPSA/ Drª Vanessa Cardoso
<i>Cuidados Paliativos</i>	A designar/CSPPSA/ EnfªInês Pereira
<i>A morte e o luto</i>	A designar/CSPPSA/Drª Paula Nogueira
<i>Gestão de tempo</i>	A designar/CSPPSA/ Enfª Isabel Fonseca
<i>Gestão de conflitos</i>	A designar/CSPPSA/ Drª Cristina Pinto
<i>Esterilização e higienização de equipamentos</i>	A designar/CSPPSA/ Enfª Carla Janela
<i>Ética e deontologia profissional</i>	A designar/CSPPSA/ formador da CMO

5. AVALIAÇÃO

Esta avaliação será realizada de forma contínua. Os indicadores para a avaliação do projecto são os seguintes:

- Nº de AAD por sessão de formação;
- % de AAD por parceiro em cada sessão de formação;
- Indicadores da avaliação de cada sessão de formação pelos formandos;
- Indicadores da avaliação de cada sessão de formação pelos formandos;
- Nº de vezes que cada AAD assistiu a uma sessão diferente do plano;
- Comparação dos resultados iniciais com os resultados no fim do plano.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CARVALHO, Maria Irene Lopes. *Entre os cuidados e os cuidadores: o feminino na configuração da política de cuidados às pessoas idosas*. Universidade Lusófona. 2007. ISSN: 1646-3749.

- Decreto-lei nº 101/2006 de 6 de Junho. *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*.

- GIL, Ana Paula. *Redes de Solidariedade Intergeracionais na Velhice*. Cadernos de Política Social. 1999 (1): pág. 91-114.

- JESUS, Clarinda; SILVA, Cristina; ANDRADE, Fernanda, *Alta clínica e continuidade de cuidados no domicílio*; Sinais Vitais; nº 59; Março 2005; pág 25-28.

-Ministério da Saúde. Circular Normativa Nº 13/DGCG de 2 de Julho de 2004: *Programa Nacional para as Pessoas Idosas*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde 2004.

- Organização Mundial de Saúde. *Carta de Ottawa*. 1986.

- SOUSA, Maria Manuela, *O cuidador de acção directa a idosos: papel no sistema de cuidados*; Patient Care , vol 16, nº 171, Junho 2011; pág. 60-66.

- VALVERDE, P. Gutiérrez; JIMÉNEZ, P. Nieto. *Nuevas cuidadoras para los mayores .Cómo formarlas?* Revista Rol de Enfermería . 30(4) pag.9- 12.

-www.ine.pt

- www.ordemdosenfermeiros.pt

-www.who.int/

ANEXO I – DOCUMENTOS PARA SESSÕES

Curso: Formação Contínua Auxiliares de Acção Directa				Tema:		
Carga Horária: 1h00		Nº de sessões: 15		Sessão nº:		
Data:		Formador:		Destinatários: Auxiliares de Acção Directa		
Pré-Requisitos: não existem		Objectivo Geral:				
Objectivos Específicos	Conteúdos Programáticos	Estratégias/ Métodos Pedagógicos	Actividades/ Tarefas	Meios/ Equipamentos didácticos	Tempos	Método Avaliativo

ANEXO II – PLANOS DAS SESSÕES REALIZADAS

Curso: Formação Contínua Auxiliares de Acção Directa			Tema: Técnicas de relaxamento			
Carga Horária: 1h00			Sessão nº: 1			
Data: 7 de Novembro de 2011			Destinatários: Auxiliares de Acção Directa			
Pré-Requisitos: não existem			Objectivo Geral: Desenvolver competências para o auto relaxamento			
Objectivos Específicos	Conteúdos Programáticos	Estratégias/ Métodos Pedagógicos	Actividades/ Tarefas	Meios/ Equipamentos didácticos	Tempos	Método Avaliativo dos Formandos
-Definir Burnout e suas consequências	-Apresentação da formadora e formandos;	- Activo;	-Cada formando deverá referir, para além do nome e actividade profissional, a sua motivação para frequentar esta acção de formação	-Leitor de cds	10 min	-Questões abertas
	- Definição de burnout; -Consequências do burnout;	-Expositivo	-Será demonstrada aos formandos as técnicas de Chi-Kung e auto massagem		5 min	-Participação
-Sensibilizar para técnicas de auto relaxamento	-Demonstração e prática da técnica de Chi-Kung;	-Demonstrativo e interactivo	-Os formandos irão praticar as técnicas exemplificadas pela formadora	-Cadeiras - fotocópias	20 min	-Observação directa
	-Demonstração e prática da técnica de auto-massagem -Conclusão	- Expositivo e activo	-É pedido aos formandos que coloquem dúvidas que tenham.		10 min	

Curso: Formação Contínua Auxiliares de Acção Directa				Tema: Prevenção de quedas no idoso		
Carga Horária: 1h00		Nº de sessões:15		Sessão nº: 2		
Data: 8 de Novembro de 2011		Formador: Sofia Militar		Destinatários: Auxiliares de Acção Directa		
Pré-Requisitos: não existem		Objectivo Geral: Desenvolver competências sobre como prevenir quedas no idoso				
Objectivos Específicos	Conteúdos Programáticos	Estratégias/ Métodos Pedagógicos	Actividades/ Tarefas	Meios/ Equipamentos didácticos	Tempos	Método Avaliativo
-Tomar contacto com a epidemiologia das quedas; -Enumerar alguns factores de risco das quedas; - Distinguir os tipos de quedas e suas consequências; - Descrever o papel da AAD na prevenção de quedas	-Apresentação da formadora e formandos; - Epidemiologia das quedas; -Factores de risco intrínsecos e extrínsecos das quedas; -Tipos de quedas e consequências; - Papel da AAD na prevenção de quedas - Conclusões	- Activo; - Expositivo; -interactivo /Workshop -Interactivo/workshop	- Cada formando deverá referir, para além do nome e actividade profissional, a sua motivação para frequentar esta acção de formação - Debate sobre o tema ao longo da exposição dos diapositivos . - É pedido aos formandos que coloquem dúvidas que tenham.	- Datashow -Computador portátil	5 min 5 min 10 min 10 min 20 min 10 min	-Participação dos formandos -Questões abertas

ANEXO VIII - Folhas do dossier pedagógico

FOLHA DE SUMÁRIOS

Designação do Curso: _____

Nome da sessão: _____

Nome do Formador: _____

Local: _____

SUMÁRIO	
<p>Data: _____</p> <p>Horário: _____ às _____</p> <p>Assinatura do Formador: _____</p>	

Nome do
Responsável: _____

Assinatura

Data: _____

FOLHA DE PRESENCAS DOS FORMANDOS

Designação do Curso:

Nome da Sessão:

Nome do Formador:

Local: _____

Data: _____ **Horário:** _____ às _____

[illegible]

Assinatura do Formador:

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO PELO FORMADOR

Designação do Curso: _____

Nome da sessão: _____

Nome dos Formadores: _____

Local: _____ Data: _____

AVALIAÇÃO DO SESSÃO						
	NA	1	2	3	4	5
Em relação ao Grupo de Formandos						
1 O Grupo de formandos foi homogéneo?						
2 O número de formandos foi adequado?						
3 A receptividade à aprendizagem pelos formandos foi adequada ?						
4 Os resultados da aprendizagem pelos formandos atingiram as expectativas ?						
Em relação à duração						
1 Considera que a duração do módulo foi a adequada?						
2 A carga horária por dia foi a mais adequada?						
3 Houve cumprimento do horário pelos formandos?						
Em relação à Organização						
1 Considera as instalações apropriadas?						
2 O material pedagógico e o equipamento de suporte foi o indicado?						
3 O apoio administrativo foi o adequado?						

AVALIAÇÃO GLOBAL DA SESSÃO					
As suas expectativas relativamente a esta sessão foram atingidos?					
Fraco <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Abaixo da Média <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Médio <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Bom <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Excelente <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	
Tendo em conta as respostas já dadas, como avalia este curso/módulo?					
Fraco <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Abaixo da Média <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Médio <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Bom <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Excelente <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	
Tendo em conta as respostas já dadas, como avalia o grupo de formandos?					
Fraco <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Abaixo da Média <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Médio <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Bom <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Excelente <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	

Propostas de Melhoria: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

Nome do Formador: _____

Assinatura

Data: _____

TPL.FCC.10.03 _____

Questionário de Avaliação da Sessão de Formação

Sessão de formação _____

1- APRECIAÇÃO GLOBAL

1.1 - O nível de conhecimentos com que iniciou a acção era:

1 2 3 4 5 6
Baixo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Elevado

1.2 - As expectativas relativamente à sessão de formação foram satisfeitas:

1 2 3 4 5 6
Pouco ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Na totalidade

1.3 - A utilidade prática foi:

1 2 3 4 5 6
Baixa ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Elevada

1.4 - Os objectivos foram atingidos:

1 2 3 4 5 6
Pouco ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Na totalidade

2 - ORGANIZAÇÃO DA ACÇÃO

2.1 - A divulgação da acção foi:

1 2 3 4 5 6
Inadequada ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Adequada

2.2 - Os suportes pedagógicos foram:

1 2 3 4 5 6
Inadequados ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Adequados

2.3 - As instalações foram:

1 2 3 4 5 6
Inadequadas ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Adequadas

2.4 - A duração da acção foi:

2.4 - A duração da acção foi:

1 2 3 4 5 6

Inadequada ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Adequada

3 - FORMADORA

3.1- Domínio da temática abordada:

1 2 3 4 5 6

Fraco ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Óptimo

3.2 - Estimulo á participação:

1 2 3 4 5 6

Fraco ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Óptimo

3.3 - Clareza das intervenções:

1 2 3 4 5 6

Fraco ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Óptimo

3.4 - Adequação das metodologias aos objectivos:

1 2 3 4 5 6

Fraco ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Óptimo

4 - CONTEÚDO DA ACÇÃO

4.1 - Interesse dos conteúdos:

1 2 3 4 5 6

Baixo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Elevado

4.2 - Gostaria de ver incluídos outros aspectos, para além dos abordados

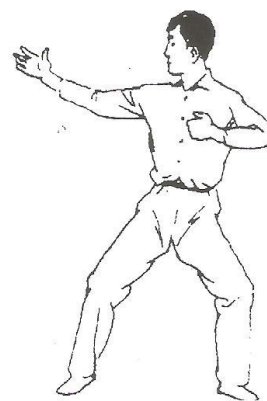
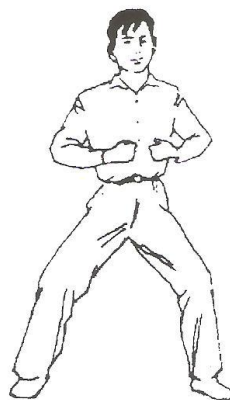
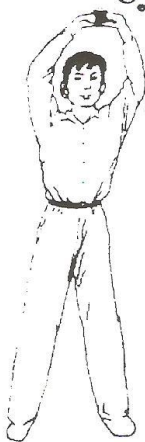
Sim ☐ Não ☐

Se sim, quais?

SUGESTÕES

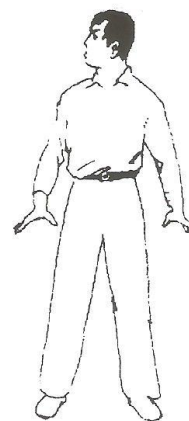
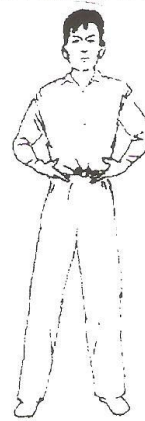
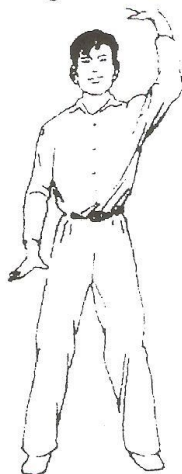
ANEXO IX - Documentos da sessão “Técnicas de Relaxamento”

CHI KUNG



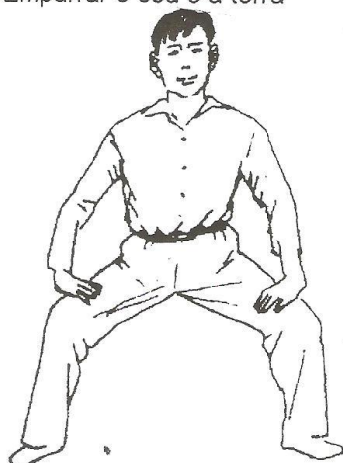
1-Sustentar o céu

2-Retesar o arco e atirar o pássaro



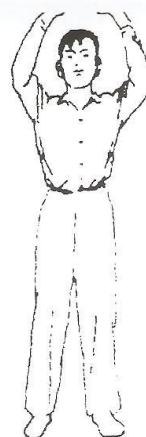
3-Empurrar o céu e a terra

4-Olhar para trás



5-Inclinar a cabeça

6-Tocar os pés e empurrar os rins



7-Arremessar os punhos com o olhar zangado



8-Estender-se para o céu

Formação Contínua Auxiliares de Acção Directa
Enfª Sofia Militar 7/11/2011

ANEXO X - Documentos para a sessão “Prevenção de quedas”

Formação Auxiliares Acção Directa

Enfª Sofia Militar

8/11/2011

Prevenção de Quedas nos Idosos



Queda - Definição



"... um acontecimento inesperado em que a pessoa cai para o chão a partir de um nível superior ou do mesmo nível"
OMS

Quedas - Epidemiologia

- Principal causa de acidentes em idosos;
- Ocorrem maioritariamente em casa;
- Correspondem a cerca de 70% das mortes acidentais em idosos;
- São a 6ª causa de morte nos idosos;



> Anualmente cerca de 33% das pessoas com mais de 65 anos é vítima de quedas;
> Destas 1 em cada 40 tem de ser hospitalizada (média de 13,5 dias internamento);

Quedas - Epidemiologia

• Os idosos institucionalizados apresentam igualmente elevado risco de quedas (anualmente metade dos idosos residentes em lares caem e cerca de 11% apresentam consequências graves em resultado dessas quedas);

Porque...

> São habitualmente mais velhos, com maiores déficits cognitivos e possuem maiores limitações ao nível das AVD's;

> Tendem ainda a ter mais problemas de saúde associados (patologias crónicas), ser fisicamente dependentes e ter maior prevalência de problemas da marcha;

> Ambiente envolvente inadequado;

Porque são mais frequentes as quedas em idosos?



... Devido a alterações relacionadas com o envelhecimento:

- Doenças degenerativas dos ossos e articulações;
- Deficiente irrigação cerebral;
- Diminuição das capacidades auditivas e visuais;

Tipos de Quedas em Idosos

- ✓ Queda de escadas (enquanto sobe ou desce);
- ✓ Transição de pé para sentado (e vice versa) em cadeiras, cama, banheira, sanitários;
- ✓ Tropeçar em carpetes soltos, tapetes, fios telefone, televisão ou outros objectos que se encontrem no chão;
- ✓ Quedas de escadotes ou outros utensílios usados como tal;
- ✓ Inclinar-se para apanhar objectos do chão;
- ✓ Andar sobre pisos húmidos ou molhados;



Quedas - Consequências

- Feridas
 - ✓ Traumatismo dos tecidos moles;
 - ✓ Fracturas ósseas;
 - ✓ Hematoma subdural;
- Hospitalização
 - ✓ Complicações causadas pela imobilidade;
 - ✓ Riscos de doença iatrogénica;
- Riscos de Institucionalização



Quedas - Consequências

- Impacto na Qualidade de vida
 - ✓ Diminuição da mobilidade em consequência das lesões físicas;
 - ✓ Síndrome Pós-Queda;
- Económicas
 - ✓ Tratamentos dispendiosos;
 - ✓ Aumento do nível de dependência e necessidade de cuidados diferenciados e prolongados;
- Morte



Quedas - Impacto na Qualidade de Vida

Síndrome Pós-Queda



Medo
Insegurança
Fragilidade
Perda de Controlo
Receio de ficar dependente de terceiros

"Progressiva deterioração do estado global do idoso através da redução da mobilidade, função e diminuição das actividades sociais e recreativas"
Rubenstein

Exige aos profissionais uma intervenção urgente e adequada

Quedas - Prevenção

A sua ocorrência e/ou consequências podem ser evitadas ou reduzidas desde que se compreenda:

- Como acontecem;
- Quais as causas;
- Quem apresenta maior risco;
- Adopção de formas de actuação sistemática;

Uma política de prevenção de quedas eficaz implica uma abordagem **multifactorial e multidisciplinar**

Quedas - Prevenção (Papel AAD)

Ambiente

O ambiente é constituído por tudo aquilo que rodeia o indivíduo, pelo que se torna essencial avaliar mais que o espaço físico.

Capacidade do Indivíduo → Adaptação ao Ambiente ← Exigências do Meio



Quedas – Prevenção (Papel AAD)

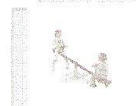
Ambiente

Dificuldade na apropriação de novos espaços, mobiliário e desníveis

Capacidade do Indivíduo

Inadaptação ao Ambiente

Exigências do Meio



Quedas – Prevenção (Papel AAD)

Estratégias de Intervenção:

- ✓ Assegurar adequada iluminação nas áreas de movimentação;
- ✓ Manter luz de presença durante a noite;
- ✓ Orientar o utente no espaço do quarto/casa;
- ✓ Colocar a cama o mais baixo possível (se tiver cama articulada), excepto durante a prestação de cuidados;
- ✓ Manter grades da cama subidas (se tiver cama articulada), sempre que o utente está deitado;
- ✓ Manter sempre camas e cadeiras de rodas travadas;
- ✓ Realizar técnica de levante e transferência correctamente;

Quedas – Prevenção (Papel AAD)

Estratégias de Intervenção:

- ✓ Deixar sempre ao alcance do utente itens essenciais;
- ✓ Zelar e manter mobiliário correctamente arrumado;
- ✓ Deixar o caminho livre de obstáculos;
- ✓ Limpar imediatamente qualquer líquido, gordura ou comida que tenha sido entornado no chão;
- ✓ Não deixar o chão molhado. Após limpeza advertir para esse facto;
- ✓ Incentivar o utente a usar sapatos de sola lisa e anti-derrapante;
- ✓ Incentivar o utente a trocar chinelos que estejam deformados ou muito largos;
- ✓ Explicar ao utente o risco de andar apenas com meias;
- ✓ Incentivar o utente a não usar vestuário demasiado comprido (robos, camisas de dormir, etc);

Quedas – Prevenção (Papel AAD)

Estratégias de Intervenção:

- ✓ Incentivar o utente a manter a actividade física e o auto-cuidado, evitando ao máximo a imobilidade;
- ✓ Incentivar e assegurar ao utente uma alimentação equilibrada.

Em caso de queda...

É importante:

- Comunicação com a equipa de saúde;
- Disponibilização de rápida assistência



Pós Queda

- Avaliação e resolução do problema de saúde subjacente;
- Revisão da medicação prescrita e minimização da sua utilização;
- Correção de défices sensoriais;
- Reabilitação e adaptação a dispositivos de apoio;
- Avaliação e modificação ambiental para melhorar a mobilidade e a segurança;



e...

Evitar a instalação do Síndrome Pós-Queda

O objectivo da prevenção, intervenção e reabilitação nas quedas em pessoas idosas será sempre manter a capacidade funcional da pessoa, visando a manutenção plena das competências físicas e cognitivas, contribuindo para uma vida o mais independente e autónoma possível.



ANEXO XI - Apresentação de todo o trabalho desenvolvido



Justificação do tema

- . vontade manifestada pela ECCI
- . grupo pouco estudado
- . integrado no plano de acção da ECCI 2011
- . necessidade manifestada pelos cuidadores formais

Enquadramento

Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. O Decreto Lei nº 101/2006 define Cuidados Continuados como "o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e/ou de apoio social, decorrentes de avaliação conjunta, centrado na recuperação global, entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo que visa promover a autonomia, melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência através da sua reabilitação, readaptação e reinserção social"⁽¹⁾

"uma adequação dos serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais e familiares que acompanham o envelhecimento individual e demográfico e um ajustamento do ambiente às fragilidades que, mais frequentemente, acompanham a idade avançada"⁽²⁾

Objectivos Módulo I

Objectivo geral:

- Realizar o diagnóstico de situação relativo às necessidades de formação dos cuidadores formais (Auxiliares de Acção Directa), pertencentes aos parceiros da ECCIO

Objectivos específicos:

- Caracterizar a população alvo sob o ponto de vista demográfico, social e cultural.
- Identificar as necessidades da população alvo.
- Conhecer os recursos utilizados para colmatar as necessidades.

ECCIO

Crítérios de admissão

- Residir na área geográfica do Centro de Saúde de Odiveias, e estar inscrito neste;
 - Ter dependência temporária ou crónica com descontrolo de sintomas, com feridas ou injecções (antibiótico, anticoagulante), que impeçam de se deslocar ao centro de saúde;
 - Ter preferencialmente um cuidador principal que se responsabilize pela pessoa dependente;
 - Referenciação em documento da RNCCI (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados) ou via informática.
- Referenciação**
- Os doentes vêm referenciados
- dos médicos de família ou das enfermeiras das várias unidades de saúde através documento da RNCCI;
 - através das parcerias;
 - dos hospitais, geralmente feita com um telefonema prévio e via informática por referenciação através da RNCCI;
 - pelos vizinhos e familiares em presença.

População

- Odiveias tem cerca de 130 000 habitantes, dos quais aproximadamente 112 000 utentes estão inscritos no centro de Saúde. Estima-se que 10% desta população é idosa, e que cerca de um 5% da população idosa residente apresenta algum nível de dependência (Malache, OMS), o que implica que umas 975 pessoas poderiam necessitar de cuidados continuados⁽³⁾
- Actualmente a equipa presta cuidados a 300 utentes inscritos nos cuidados continuados e integrados, o que representa uma boa resposta às necessidades.
- áreas de influência do Centro de Saúde de Odiveias-Canôças, Póvoa de Santo Adrião, Olival Basto, Ramada e Famões

PARCEIROS

- CURPIO- freguesia de Odiveiras até à Rua Guilherme Gomes Fernandes;
- CRPI Póvoa de Stº Adrião- por questão histórica, para além da Póvoa, abrange ainda Olival Basto;
- CSP Póvoa Sto Adrião -Póvoa Sto Adrião e Olival Basto;
- CURPIC -Caneças;
- CCP Ramada- Ramada;
- CP Famões- Famões e Arroja, ao fim de semana acumula Pontinha;
- CREP-Odivelas e Caneças

DESENHO DE INVESTIGAÇÃO

- o TIPO DE ESTUDO
- estudo não experimental,
- abordagem quantitativa,
- estudo descritivo simples,
- transversal.

POPULAÇÃO

- Todos os Auxiliares de Acção Directa dos parceiros da ECCIO (50).

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

- Questionário

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

- Caracterização sócio-demográfica;
- Áreas de intervenção;
- Formação.

RESULTADOS

- Totalidade sexo feminino;
- 98% tem nacionalidade portuguesa e 2% romena;

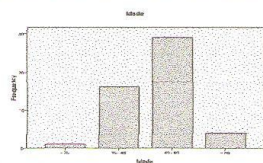


Gráfico nº1-Distribuição dos sujeitos segundo a idade.

Gráfico nº2-Distribuição dos sujeitos pelas instituições

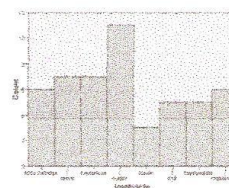
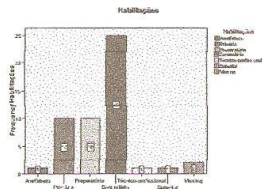


Gráfico nº3-Distribuição dos sujeitos segundo as habilitações literárias



- 82% tem formação na área da prestação de cuidados à pessoa dependente.

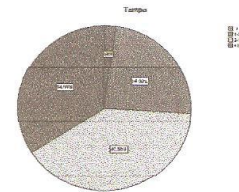
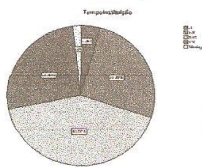


Gráfico nº4-Distribuição dos sujeitos pelo tempo que exercem a profissão

-40% tem um horário de 37h/s;22% trabalha 36h/s;16% 35h/s e 2% 40h/s.
-80% tem horário fixo e 18% tem horário rotativo.

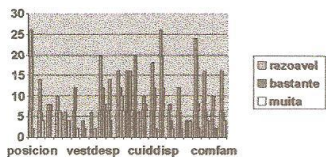
Gráfico nº5-Distribuição dos sujeitos pelo tempo que trabalha na instituição.



-78% é efectivo,16% tem ctc e 2% prestação de serviços.

-todas as AAD referem que a formação é importante para a sua função;
-56% das AAD referem que têm formação inicial para a sua função.

Gráfico nº6- Percentagens das áreas de intervenção



Categorização

-Categoria:

.Expectativas relacionadas com a formação

-Sub-categorias:

- .Lidar com o luto/morte (3 UR)
- .Gestão de tempo (2 UR)
- .Aprofundamento/aquisição de conhecimentos (5 UR)
- .Aprender primeiros socorros (4 UR)
- .Gestão de conflitos/lidar melhor com os problemas (4 UR)
- .Comunicar com o utente/família (2 UR)

Categorização

-Categoria:

Áreas de formação a investir

-Sub-categorias:

- .Primeiros socorros (7 UR)
- .Esterilização/limpeza de equipamentos (4 UR)
- .Higiene/conforto (5 UR)
- .Posicionamentos/mobilizações (7 UR)
- .Cuidados paliativos/luto/morte (7 UR)
- .Cuidados ao utente com demência (4 UR)
- .Técnicas de relaxamento (2 UR)
- .Higiene/segurança no trabalho (2 UR)

Categorização

- .Comunicação/gestão de conflitos (5 UR)
- .Gestão de tempo (2 UR)
- .Cuidados ao utente com SNG/PEG (2 UR)
- .Cuidados ao utente ostomizado (1 UR)
- .Diabetes (1 UR)
- .Sem tema definido (2 UR)


Objectivos Módulo II

Objectivo geral: *Elaborar um Programa de Formação das Auxiliares de Acção Directa dos parceiros da ECCIO.*

Objectivos Específicos:


- Estabelecer necessidades/prioridades de intervenção
- Definir estratégias de intervenção face às necessidades identificadas
- Elaborar um programa de formação
- Realizar duas sessões de formação sobre o tema "Técnicas de relaxamento"
- Realizar duas sessões de formação sobre o tema "Prevenção de quedas"

PROJECTO DE INTERVENÇÃO




FORMAÇÃO CONTINUA PARA AUXILIARES DE ACÇÃO DIRECTA

Estratégias:



- Divulgação do projecto na ECCIO e junto dos parceiros;
- Envolvimento dos profissionais, quer da ECCIO, quer dos parceiros na consecução do plano;
- Articulação com os parceiros da comunidade de forma a estabelecer protocolos de formação;
- Difusão do projecto às AAD.

Objectivos do projecto



OBJECTIVO GERAL

- Desenvolver competências técnicas e relacionais inerentes à função das AAD.

OBJECTIVOS ESPECIFICOS

- Qualificar os profissionais referidos, criando ou reforçando saberes e práticas que respondam às necessidades identificadas;
- Desenvolver um conjunto de boas práticas de referência em cuidados continuados;
- Aplicar a contextos reais de trabalho os conhecimentos adquiridos nas várias sessões do plano de formação

Actividades desenvolvidas

- Reunião com os parceiros da comunidade que participaram no estudo para partilha de dados e confirmação de prioridades de acordo com as suas necessidades;
- Reunião com os Bombeiros Voluntários de Caniças para apresentação do programa de formação e pedido de colaboração no tema Primeiros Socorros;
- Contacto com o responsável do Departamento de Saúde da CM Odiveiras para possível colaboração no projecto de acordo com os recursos humanos disponíveis;
- Negociação com os parceiros dos horários mais adequados para as sessões de formação;
- Apresentação do Plano de Formação à ECCIO/parceiros, na reunião da ADI;
- Convite dos profissionais para integração da equipa de formadores;

- Reunião com o Centro Social e Paroquia da Póvoa de Santo Adrião para alinhar horários possíveis e disponibilidade dos recursos físicos e materiais;
- Preparação das sessões de formação;
- Apresentação das sessões de Técnicas de Relaxamento e Prevenção de Quedas através de metodologias pedagógicas inovadoras (workshop, roleplaying, método da tela...);
- Apresentação dos resultados e actividades desenvolvidas ao ACES/Parceiros;

Programa:

- Técnicas de relaxamento;
- Prevenção de quedas;
- Primeiros socorros;
- Mobilizações e posicionamentos;
- Prevenção de úlceras de pressão;
- Higiene e conforto;
- Alimentação por SNG/PEG;
- Comunicação/desenvolvimento de técnicas comunicativas na relação com o outro;
- Comunicação com a pessoa em situação de dependência;
- Cuidados Paliativos;
- A morte e o luto;
- Gestão de tempo;
- Gestão de conflitos;
- Esterilização e higienização de equipamentos.

Duração do plano:

- A implementação do plano de formação terá em conta a disponibilidade dos diferentes formadores e das formandas, pelo que não será efectuado um cronograma rígido. A responsável pela execução do programa será a Enfermeira coordenadora da ECCIO. A duração do plano é flexível.

Duração das acções:

- Cada acção de formação deverá ter no mínimo a duração de 60 minutos. Contudo, devido à flexibilidade do plano e das acções a duração das mesmas será definida por cada formador.

Horário:

- A definir por cada formador.

ACÇÃO

DATA/LOCAL/FORMADOR

Técnicas de relaxamento	7 Novembro/CSPSA/Dr.ª Tatiana Ribeiro
Prevenção de quedas	8 Novembro/CSPSA/Dr.ª Tatiana Ribeiro
Primeiros socorros	14-15 Novembro/ADIC/Dr. André Marques
Mobilizações e posicionamentos	A definir/CSPSA/Dr.ª Tatiana Ribeiro
Prevenção dos úlceras de pressão	A definir/CSPSA/Dr.ª Tatiana Ribeiro
Alimentação e conforto	A definir/CSPSA/Dr.ª Tatiana Ribeiro
Alimentação por SNG/PEG	A definir/CSPSA/Dr.ª Tatiana Ribeiro
Comunicação/desenvolvimento de técnicas comunicativas na relação com o outro	A definir/CSPSA/Dr.ª Tatiana Ribeiro
Comunicação com a pessoa em situação de dependência	A definir/CSPSA/Dr.ª Tatiana Ribeiro
Cuidados Paliativos	A definir/CSPSA/Dr.ª Tatiana Ribeiro
A morte e o luto	A definir/CSPSA/Dr.ª Tatiana Ribeiro
Gestão de tempo	A definir/CSPSA/Dr.ª Tatiana Ribeiro
Gestão de conflitos	A definir/CSPSA/Dr.ª Tatiana Ribeiro
Esterilização e higienização de equipamentos	A definir/CSPSA/Dr.ª Tatiana Ribeiro
Etica e deontologia profissional	A definir/CSPSA/Dr.ª Tatiana Ribeiro

AValiação

Esta avaliação será realizada de forma contínua.

Indicadores:

- Nº de AAD por sessão de formação;
- % de AAD por parceiro em cada sessão de formação;
- Indicadores da avaliação de cada sessão de formação pelos formadores;
- Indicadores da avaliação de cada sessão de formação pelos formandos;
- Nº de vezes que cada AAD assistiu a uma sessão diferente do plano;
- Comparação dos resultados iniciais com os resultados no fim do plano (sugestão).

Referências Bibliográficas

- BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Edições 70, 2009.
- CARVALHO, Maria Irene Lopes. *Entre os cuidados e os cuidadores: o feminino na configuração da política de cuidados às pessoas idosas*. Universidade Lusófona. 2007. ISSN: 1646-3749.
- Contextualização dos Cuidados Continuados Integrados do Centro de Saúde de Odivelas 2011 - documento interno
- Decreto-lei nº 101/2006 de 6 de Junho. *Rede de Cuidados Continuados*.
- FORTIN, Marie-Fabienne - *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência, 1999. 388p. ISBN 972-6383-10-X.
- GIL, Ana Paula. *Redes de Solidariedade Intergeneracionais na Velhice*. Cadernos de Política Social. 1999 (1): pág. 91-114.
- IMPERATORI, Emilio; GIRALDES, Maria do Rosário. *Metodologia do Planeamento da Saúde - Manual para usos em serviços centrais, regionais e locais*. Obras avulsas: Lisboa, 1982.

- JESUS, Clarinda; SILVA, Cristina; ANDRADE, Fernanda. *Alta clínica e continuidade de cuidados no domicílio*; Sinais Vitais; nº 59; Março 2005; pág. 25-28.
- Ministério da Saúde. Circular Normativa Nº 13/DGCG de 2 de Julho de 2004: Programa Nacional para as Pessoas Idosas. Lisboa: Direcção Geral de Saúde 2004.
- Organização Mundial de Saúde. *Carta de Ottawa*. 1986.
- SOUSA, Maria Manuela. *O cuidador de acção directa e idosos: papel no sistema de cuidados*; Patient Care, vol 16, nº 171, Junho 2011; pág. 60-66.
- VALVERDE, P. Gutiérrez; JIMÉNEZ, P. Nieto. *Nuevas cuidadoras para los mayores. Como formarlas?* Revista Rol de Enfermería. 30(4) pág.9- 12.
- www.inec.pt
- www.ordemdosenfermeiros.pt
- www.who.int/